

Universitat de Lleida
Facultat d'Infermeria
i Fisioteràpia

Universitat de Lleida

El camí cap a la excel·lència en cures de geriatria:

una proposta d'intervenció per reduir el maltractament a les institucions
residencials

Per: Janette Sangrà Medina

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia

Grau d'Infermeria

Treball presentat a: *Dr. Joan Blanco Blanco*

Treball final de grau

Curs acadèmic 2015-2016

Lleida, 13 de maig de 2016

Agraïments

Aquest treball no s'hagués pogut realitzar sense la col·laboració de moltes persones que m'han brindat la seva ajuda, els seus coneixements i el seu recolzament.

En especial, a la meva mare, per haver-me ensenyat a seguir endavant i a perseguir els meus somnis, i també per la seva paciència i comprensió.

I sobretot, al meu tutor, Joan Blanco, per la seva dedicació, assistència, orientació i acompanyament durant la realització d'aquest treball.

A tots ells, moltes gràcies.

Resum i paraules clau

Títol. El camí cap a la excel·lència en cures de geriatria: una proposta d'intervenció per reduir el maltractament a les institucions residencials

Introducció. El maltractament en l'ancià emergeix com un problema social des de fa pocs anys i no perquè no existís abans, si no que sempre ha existit com un problema ocult. El nombre de casos està incrementant i, per tant, s'ha de tenir en compte l'impacte d'aquest abús sobre la salut de l'ancià.

Objectiu. És per això que es planteja disminuir el maltractament institucional que pateixen els usuaris de les residències geriàtriques en qualsevol de les seves variants.

Metodologia. Es realitza un estudi no experimental abans – després (o pre – post), amb mesures repetides als sis mesos post-intervenció, sense grup control.

Intervenció. La intervenció més aprovada per la bibliografia científica i aplicada en aquest estudi ha consistit en sensibilitzar als professionals del problema detectat i, a més a més, realitzar formació professional desenvolupant actuacions preventives per aconseguir disminuir els casos de violència a les diferents residències escollides per conveniència.

Conclusions. El maltractament és més freqüent del que es creu i es produeix diàriament en moltes de les institucions que assumeixen la cura dels més grans. És per això que amb la formació professional plantejada s'espera disminuir el nombre de casos de maltractament en aquest àmbit.

Paraules clau: Maltrato al anciano, Centros de Salud, Agotamiento Profesional, Cuidadores, Enfermeros.

Abstract and keywords

Title: The path to excellence in geriatric care: an intervention propose in order to reduce the mistreatment in retirement homes

Introduction. The mistreatment on the old people is emerging as a social problem since a few years ago what doesn't mean that it didn't exist, but it has been a hidden problem. The number of cases is growing up and so we have to take into account how this affects on the elderlies health.

Objectives. Therefore it is proposed to decrease the institutional abuses that suffer the residents on the retirement homes in any of their variants.

Methodology. A non-experimental study pre-post with measures repeated at the six months post-intervention, without a control group.

Intervention. The intervention widely used by the scientific bibliography and applied in this study has consisted in making aware to the professionals of the detected problem, and also doing professional training developing preventive actions to achieve the decrease of violent facts on the different old-people's home chosen by interest.

Conclusions. Mistreatments are more common that we think and they are reproduced daily in lots of institutions that are in charge of the elderlies. So for that, we expect that with the professional training developed, the abuse cases are going to be reduced.

Keywords: Elder abuse, Home nursing, Burnout, Professional, Health personnel, Geriatric Nursing.

Índex de continguts

1. Introducció	11
2. Marc teòric del maltractament a l'adult gran	13
2.1. Adult gran i envelliment.....	13
2.2. Antecedents històrics.....	14
2.3. Conceptualització	16
2.4. Epidemiologia	20
2.5. Classificació	22
3. La violència institucional residencial	27
3.1. Dades estadístiques	28
3.2. Tipologia freqüent	31
3.3. Factors de risc.....	34
3.4. Instruments de mesura.....	38
3.5. Conseqüències freqüents	42
4. Justificació.....	43
5. Hipòtesis.....	45
6. Objectius.....	46
6.1. Objectiu general	46
6.2. Objectius específics	46
7. Metodologia de l'estudi.....	47
7.1. Població diana	48
7.2. Professionals als que va dirigit.....	49
7.3. Metodologia de cerca	50
7.4. Síntesi de la evidència trobada.	52
8. Intervenció.....	59
8.1. Els recursos previstos	59
8.2. La execució de la intervenció.....	60
8.3. Formació professional	60

9. Cronograma.....	62
10. Avaluació de la intervenció.....	63
11. Consideracions ètiques i legals	65
12. Discussió	67
13. Limitacions de l'estudi	68
14. Noves línies d'investigació	70
15. Conclusions	71
16. Referències bibliogràfiques.....	73
17. Annexos.....	78
Annex 1. Test MBI.....	78
Annex 2. Test Pfeiffer	81
Annex 3. Test EASI	82
Annex 4. Model de carta de presentació de l'estudi	87
Annex 5. Full d'informació als residents	88
Annex 6. Full d'informació als professionals sanitaris	90
Annex 7. Full de consentiment informat.....	92

Índex de figures

Figura 1. Història sobre la violència produïda en la gent gran	15
Figura 2. Definicions sobre el maltractament en l'adult gran.....	17
Figura 3. Definicions i exemples dels diferents tipus de maltractaments	23
Figura 4. Els factors relacionats amb el maltractament institucional.....	35
Figura 5. Els qüestionaris relacionats amb el Síndrome Burnout	40
Figura 6. Les conseqüències de la violència institucional residencial més freqüents.....	42
Figura 7. Criteris d'inclusió i exclusió de la població diana.....	48
Figura 8. Criteris d'inclusió i exclusió dels professionals	49
Figura 9. La cerca bibliogràfica	50
Figura 10. La evidència trobada.....	52
Figura 11. Actuació front el maltractament institucional.....	53
Figura 12. Prevenció primària, secundària i terciària sobre els maltractaments als ancians....	57
Figura 13. Programa d'activitats.....	61
Figura 14. Fases i estructura de l'estudi	62
Figura 15. Consideracions ètiques i legals de l'estudi.....	65

Índex d'il·lustracions

Il·lustració 1. Dissenys no experimentals: abans després	47
--	----

Índex de sigles i abreviatures

AE	Esgotament emocional
APA	<i>American Psychological Association</i>
AVD	Activitats de la vida diària
BASE	<i>Brief Abuse Screen for the Elderly</i>
BPC	Bona Pràctica Clínica
CEIC	Autorització pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica
CESQT	Qüestionari per l'avaluació del síndrome de cremar-se pel treball
DeCS	<i>Descriptores en Ciencias de la Salud</i>
DP	Despersonalització
EAI	<i>Elder Assessment Instrument</i>
EASI	<i>Elder Abuse Suspicion Index</i>
EIMA	Associació per a la Investigació del Maltractament a les Persones Grans
IMSERSO	Institut de Grans i Serveis Socials
INPEA	Xarxa Internacional de Prevenció de l'Abús i Maltractament en la Vellesa
LOPD	Llei Orgànica de protecció de Dades de Caràcter Personal
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MEC	Mini-Examen Cognitiu
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
NCEA	<i>National Center on Elder Abuse</i>
OMS	Organització Mundial de la Salut
RP	Realització personal

El maltractament a les persones grans és una violació dels drets humans i una causa important de lesions, malalties, pèrdua de productivitat, aïllament i desesperació. Enfrontar-se al maltractament de persones grans i reduir-lo requereix un enfocament multisectorial i multidisciplinari”.

Envelliment actiu, Un marc polític. OMS.

1. Introducció

La violència esta present en un gran nombre de persones a tot el món, i afecta a tots d'alguna manera. Per molts, romandre sense perill, consisteix en tancar portes i finestres, i evitar els espais perillosos. Per altres, en canvi, no hi ha escapatòria, perquè l'amenaça de la violència esta darrera d'aquestes portes, oculta als ulls dels altres. I per qui viuen en mig de guerres i conflictes, la violència impregna tots els aspectes de la vida (1).

En referència a això, existeix un tipus que ha estat ocult durant molts anys: la violència cap a les persones grans. Aquest problema ha estat reconegut recentment; l'esforç de la Red Internacional de prevenció de l'abús i maltractament en la vellesa (INPEA) i l'èmfasi de la Organització Mundial de la Salut (OMS) per la prevenció del maltractament de les persones grans, han contribuït de forma significativa a elevar la presa de consciència a nivell mundial.

A més a més, institucions acadèmiques internacionals, han contribuït també, de forma substancial, a augmentar el coneixement i la conscienciació, i han desenvolupat eines metodològiques per estudiar el problema (2).

El fet que s'estigui prenent molt més en serio aquesta problemàtica, és un reflex d'interès cada vegada més generalitzat pels drets humans i la igualtat en matèria de gènere, i també per la violència domèstica i l'envelliment de la població. Les agressions contra els ancians, gairebé sempre provinents de les seves famílies i cuidadors, reflecten perfils i formes característiques que tenen molt a veure amb el caràcter de dependència, fragilitat i exclusió social de l'ancià, que es manifesten de diferents formes: desatenció de les necessitats bàsiques (higiene, alimentació, vestimenta, cuidatges sanitaris), restricció d'ajudes necessàries per a que la persona gran tingui una bona qualitat de vida (ulleres, aparells per l'oïda, cadira de rodes...), abandonament o restriccions afectives, falta d'escolta i tracte rutinari, insults, crítiques i burles...

Tot i que el maltractament en institucions geriàtriques és una realitat menor, existeixen aquestes formes de violència, entre d'altres com la falta de vigilància i medis d'inspecció en aquests centres, sovint amb poc personal i mal qualificat, i l'absència de criteris homogenis de control entre les comunitats autònomes.

Coneixent aquestes limitacions, és interessant poder col·laborar, d'una manera o d'un altra, en disminuir la violència geriàtrica institucional. El nombre creixent d'adults grans esta

tenint implicacions importants per infermeria, ja que cada vegada necessiten més assistència sanitària i precisen intervencions d'infermeria i educació dissenyades especialment, per satisfer necessitats diferents a les dels adults joves i d'edat mitjana (3).

Per tant, per tal de canviar aquesta situació que perdura en el temps, en aquest document apareix una programa d'intervenció per intentar canviar la situació actual, estructurant la resposta del món a la violència, en aquest cas dirigit als professionals de la salut que tracten i cuiden a les persones de la tercera edat.

És una forma de denunciar la violència i intentar que tots els col·lectius, tant homes com dones, així com la joventut que seran adults en un futur, no hagin de patir mai, ni facin patir mai, una situació com les que s'expliquen a continuació.

També és un petit crit perquè la societat i en especial, les residències geriàtriques, s'impliquin una mica més a ajudar a resoldre aquesta lacra que pateixen actualment aquestes persones.

2. Marc teòric del maltractament a l'adult gran

En el present apartat, es desenvolupen les línies claus del maltractament, i més concretament, el que es produeix institucionalment. Per fer-ho, s'ha revisat la literatura existent del problema detectat i s'ha recopilat la informació d'interès per construir aquest apartat.

2.1. Adult gran i envelliment

Per definir clarament i poder jutjar a una persona com “adult gran”, caldria crear un consens general, ja que la edat a partir de la qual una persona pot considerar-se “anciana” no està definida amb precisió (3).

Si més no, en tots els llibres i documents científics consultats, el *període de l'adult gran* es classifica en diferents etapes, començant aproximadament als 65 anys. El llibre de *Priscilla i Burke* (3) divideix aquest període en tres etapes:

- Jove (65 a 74 anys)
- Mitjà (75 a 84 anys)
- Molt gran (més de 85 anys)

Un altra de les classificacions més acceptades és la de la *OMS* (4), que ho classifica en aquestes quatre etapes:

- Edat crítica o pre senil (45-60 anys)
- Senectut gradual (60-72 anys)
- Vellesa declarada (72-90 anys)
- Grans vells (>90 anys)

Tal i com existeixen diferents classificacions de l'adult gran, amb les definicions de l'*envelliment* passa el mateix. Una de les més utilitzades és la que empra la *OMS* (4):

“L'envelliment és el deteriorament de les funcions, progressiu i generalitzat, que produeix una pèrdua de resposta adaptativa a l'estrès i un major risc de patir malalties relacionades amb la edat”.

2.2. Antecedents històrics

En moltes parts del món, el maltractament dels ancians passa gairebé inadvertit. Fins fa poc, aquest greu problema social s'ocultava a la vista del públic i es considerava com un assumpte essencialment privat. Inclús, avui en dia, el maltractament dels ancians, segueix sent un tema tabú, pel comú subestimat i desatès per la societat de tot el món. No obstant, cada dia hi ha més indicis que el maltractament dels ancians és un important problema de salut pública i de la societat (5).

Els maltractaments cap a les persones grans es remota a l'antiguitat. En la *figura 1*, queda constància, de forma cronològica, de la progressiva conscienciació de la població al llarg dels anys, i de la creació, tant a nivell nacional com internacional, d'investigacions, conferències, plans d'acció i declaracions per tal de fer front a aquest problema, que avui en dia encara existeix. El Congrés dels Estats Units va ser el primer que va abordar el tema en tant qüestió social i política, i posteriorment van ser els investigadors i els professionals qui ho van fer.

Revisada la història d'aquest complex tema, ocult durant dècades, es pot arribar a la conclusió que està prenent protagonisme en els últims anys, propiciat per organismes internacionals, organitzacions de persones grans, professionals dels serveis sanitaris i socials i responsables de les polítiques socials dels diferents països.

Per últim, afirmar que gràcies a aquests organismes, s'han posat en marxa processos d'investigació accionats en molts països del món (6).

Figura 1. Història sobre la violència produïda en la gent gran

Any	Fets històrics
Anys 70	L'any 1975 va néixer l'interès internacional per la investigació entorn al maltractament a les persones grans i es va descriure el problema, per primera vegada, a les revistes britàniques com <i>“granny battering”</i> que significa <i>“avieta colpejada”</i> .
Anys 80	Va ser a partir de l'any 1980 quan es van accentuar de debò, les investigacions científiques i mesures de govern a nivell mundial. A partir d'aquí, es van crear organitzacions de tot tipus per tal d'afrontar el problema.
Anys 90	L'any 1990 es va crear el Centre Nacional sobre Maltractament als ancians a USA. I al 1995 es va celebrar la primera Conferència Nacional de Consens sobre l'ancià maltractat a Almeria.
Anys 2000	<p>El Pla d'Acció Internacional de Madrid sobre l'Envelliment (segona Assemblea Mundial sobre l'Envelliment, Nacions Unides), va reconèixer clarament la importància de prevenir i reduir el maltractament a les persones grans, i ho va vincular als Drets Humans Universals. La prevenció del maltractament a les persones grans en un món que envelleix és un assumpte de tots.</p> <ul style="list-style-type: none">- Estudi <i>“Voces ausentes”</i> desenvolupat per l'OMS i INPEA.- Declaració de Toronto per a la Prevenció Global del Maltractament de les Persones Grans, que va ser una toc d'atenció de la OMS per fomentar la reflexió i presa de consciència a nivell mundial. <p>L'any 2006 es va proclamar el 15 de juny com el Dia Internacional de la presa de consciència de l'abús i maltractament en la vellesa.</p>

Font: Elaboració pròpia (1,6–8)

2.3. Conceptualització

El maltractament és una paraula que pot comportar una gran complexitat, ja que la valoració d'un comportament com abusiu o negligent es basa en conceptes derivats de la cultura, tradició, valors, normes i costums d'una societat determinada (9,10).

Tot i la manca d'una definició generalitzada o acceptada universalment, des dels anys 80 s'han anat recopilant diferents definicions que han estat sotmeses per experts a una revisió continuada, i s'hi ha anat incorporant elements, que el pas del temps i la mateixa evolució social han fet necessaris (10,11).

En el concepte de maltractament està inclòs el concepte de violència, i és per això, que la majoria de les definicions centren la seva atenció en l'abús de poder des d'una posició de confiança. Tot i així, s'entén que el concepte de maltractament és molt més ampli i ha d'encabir també totes les situacions en què una persona gran pateix les conseqüències de l'omissió de la recepció dels ajuts que li són necessaris (10). En la *figura 2* apareixen algunes de les definicions recollides al llarg dels anys:

Figura 2. Definicions sobre el maltractament en l'adult gran

Any	Descripcions
1983	<i>“Intervencions actives exercides pels cuidadors i que provoquen dany físic, psicològic o econòmic a l'ancià”.</i>
1985	<i>“Qualsevol acte o conducta de la família o del cuidador principal que provoca dany físic o mental o negligència a les persones ancianes”.</i>
1986	<i>“Tot patiment inútil que suporta la persona gran i que afecta a la seva qualitat de vida”.</i>
1991	<i>“La imposició, a un mateix o a altres, d'un patiment innecessari pel manteniment de la qualitat de vida de les persones grans, per mitjà del maltractament i la negligència al sentir-se desbordat per les seves obligacions”.</i>
1993	<i>“Un acte únic o repetit o la manca d'acció apropiada que passa dins de qualsevol relació on existeixi una expectativa de confiança, que causa dany o angonya a una persona gran”.</i>
1995	<i>“Qualsevol acte o omissió que produeixi dany, intencionat o no, que ocorri en el medi familiar, comunitari o institucional, que vulneri o posi en perill la integritat física, psíquica, així com el principi d'autonomia o al resta dels drets fonamentals de l'individu, constatat objectivament, o percebut subjectivament amb independència a la intencionalitat o no i del medi on succeeixi”.</i> Primera conferència Nacional de Consens sobre el Maltractament a la Gent Gran a Almeria.
2002	<i>“L'acció única o repetida, o la falta de la resposta apropiada, que ocórrer dins de qualsevol relació on existeixi una expectativa de confiança i la qual produeixi dany o angonya a una persona anciana”.</i> Declaració de Toronto per a la Prevenció Global del Maltractament de les Persones Grans, dissenyada en una reunió d'experts i patrocinada pel Govern D'Ontàrio.

- 2005** Perspectiva jurídica: “*Aquelles accions o omissions, normalment constitutives de delictes o falta, que tenen com a víctima a la persona gran, i que s’exerceixen comunament de forma reiterada i basades en el fet relacional, bé sigui aquest familiar o d’un altre tipus*”.
- Informe especial de Justícia d’Aragó. “*Qualsevol acte únic o repetit, o falta d’acció apropiada que ocorri en qualsevol relació suposadament de confiança, que causi dany o angoixa a una persona d’edat*”.
-
- 2006** IPNEA: “*Els mals tractes a les persones grans com aquells actes, únics, reiteratius, o per omissió, que es produeixen en qualsevol relació sobre la base d’una expectativa de confiança per part de la persona gran, que li ocasionin dolor o patiment*”.
-

Font: Elaboració pròpia a partir de (2,7,8,10–12)

D'entre les nombroses definicions, seria interessant remarcar les més citades en articles de revistes, llibres i altres documents científics com ara les de (6,9):

- La INPEA, 1995
- La Declaració d'Almeria, 1996
- La Declaració de Toronto, 2002

Definicions més actuals no s'han pogut localitzar, però la realitzada per la OMS ha estat revisada al 2015 (5):

“Un acte únic o repetit que causa dany o patiment a una persona d'edat, o la falta de mesures apropiades per evitar-lo, que es produeix en una relació basada en la confiança”.

En totes aquestes i entre altres moltes, apareixen referències d'actes d'acció o omissió, actius o passius, únics o reiterats, intencionats o no, tot i que no accidentals, i també a les seves conseqüències tal qual seria causant de qualsevol tipus de dany o aflicció, i així mateix a la relació entre el causat i el causant que hauria de ser de confiança i que en cas d'institucions alguna d'elles afegeix l'obligació legal per contracte relacional de tipus jurídic (6).

2.4. Epidemiologia

En aquelles èpoques, mancaven estudis científics i estadístics sobre els diferents temes de salut. Actualment, tot i haver més estudis, gairebé tots els que existeixen en relació amb els maltractaments a la gent gran, són relativament recents i presenten dades molt variables. El maltractament és una realitat poc coneguda i pocs casos arriben a la denúncia, per tant, no es coneix el nombre real d'afectats (13,14). Principalment per aquest motiu, és difícil determinar estimacions precises sobre la prevalença, tant en àmbits locals, nacionals com internacionals (6). La majoria dels casos estimatoris que existeixen, es basen en persones ateses en serveis socials o casos hospitalitzats (13). (veure apartat 14. Les limitacions de l'estudi).

Tenint en compte les limitacions i dificultats existents, s'ha detectat que la majoria dels estudis epidemiològics són estrangers, però poden resultar orientatius. En aquests, segons la OMS i El Consell Econòmic i Social de Nacions Unides, la incidència global oscil·la entre el 2 i el 10% en els majors de 60 anys (9,11,13). A Espanya si tenim en compte una població de vuit milions d'habitants majors de 65 anys, i considerant una xifra de maltractaments del 4 al 5% (que es mou en diversos estudis), sent possiblement aquesta proporció només la punta de l'iceberg, tindríem de 320.000 a 400.000 persones maltractades (6).

Segurament, aquestes dades han de corregir-se a l'alça, ja que s'estima que la detecció no supera el 1/8 dels casos reals (13). Possiblement, la major part d'aquests casos són dones.; el factor "gènere" apareix en gairebé tots els estudis, ja que la major part dels maltractaments es produeixen en el sexe femení, no per la feminització dels maltractaments, sinó per motius de majoria en l'ancianitat, i sobretot perquè tenen més esperança de vida. A més a més, ens els ho mes, els models de morbiditat els condueixen a morir, i en les dones a patir discapacitat (11).

Entre les investigacions més importants sobre maltractaments a persones grans, ressaltar dues investigacions pioneres (11):

- La realitzada per la *Dra. Bazo* (2001) sobre negligència i maltractaments a les persones grans a Espanya. Va fer entrevistes a auxiliars domiciliàries que atenien a 2.351 persones grans, fet que va permetre detectar 111 casos de maltractament.
- El realitzat per l' *Institut de Grans i Serveis Socials (IMSERSO)* en col·laboració amb la *Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia*, que va analitzar la perspectiva de la gent gran sobre el tema del maltractament.

Deixant de banda aquestes investigacions, és verdaderament important conèixer quin tipus de maltractament és més freqüent. Segons la epidemiologia de l'*Associació per a la Investigació del Maltractament a l'Ancià* (9), la negligència, l'auto negligència i l'abús psicològic és el que més es pateix.

Per concloure aquest apartat, tot i la manca d'investigacions al respecte, les dades existents són molt dispers i la magnitud del problema és prou gran com per estar preocupats i motivats per reduir el percentatge d'aquests maltractament en la població anciana. Per acabar, és interessant plasmar les conclusions de la investigació qualitativa pionera realitzada per IMSERSO i la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia:

- El *tracte indegut* és més subtil i freqüent que el maltractament físic.
- Els majors identifiquen sis aspectes crítics en la seva qualitat de vida que serien *àrees de vulnerabilitat per al maltractament*:
 - La independència econòmica (millorar les pensions).
 - La valoració social positiva cap a les persones grans.
 - Permanència i relació amb la comunitat i el seu món de vida.
 - Tenir cura de la vida afectiva i familiar.
 - Rebre els suports de cures necessàries en l'entorn familiar pròxim.
 - Mantenir un nivell de vida tranquil i segur.
- En l'*esfera privada* el maltractament es concreta en:
 - Explotació i abús a la llar per part dels familiars.
 - El silenci en el tracte.
 - El síndrome de major ambulant.
 - Abús econòmic.
 - Abandonament i negligència en les cures personals i sanitàries.
 - Manca de capacitat en els cuidadors.
- En l'*àmbit públic* s'identifiquen com comportaments negatius cap a les persones grans:
 - Manca d'especialistes en geriatria.
 - Tracte inadequat dels professionals.
 - Rigidesa i anonimat institucional (síndrome de la institució total).

2.5. Classificació

Actualment, no existeix una única definició ni un esquema comú per classificar les diferents formes de maltractament (11). Arrel d'això, s'ha hagut de fer una revisió i selecció dels diferents tipus d'abús i maltractaments existents, d'acord amb les classificacions més freqüents. Aquesta selecció s'observa a la *figura 3* incloent tres grans classificacions (2,15):

- Segons la *intencionalitat*: activa o passiva.
- Segons l'*àmbit*: familiar, institucional i social o estructural.
- I segons la *naturalesa*: negligència, psicològic, econòmic, físic i sexual, de més a menys freqüents, sense que aquest ordre sigui coincident en tots els estudis (6). A més, el següent llistat n'inclou tres més, que es consideren importants, tot i no ser citats per tots els autors: l'auto negligència, l'abandonament i la vulneració de drets.

Figura 3. Definicions i exemples dels diferents tipus de maltractaments

		Tipus de violència
Intencionalitat	Actiu	L'abús intencionat o actiu és el maltractament, és a dir, l'intent conscient de fer mal físic o psicològic a la persona gran.
	Passiu	L'abús no intencionat o passiu és negligència, és a dir, l'acció que provoca dany físic i/o psicològic generalment per ignorància, inexperiència o sobre carga excessiva del cuidador. Aquesta no intencionalitat és un atenuant, però no sempre eximeix de responsabilitat.
Àmbit	Domèstic	L'abús familiar o domèstic és el maltractament produït per algú amb qui té una relació especial o de confiança (familiar, amic o cuidador contractat) i ocorregut al domicili de la persona gran o la del maltractador.
	Institucional	Els abusos institucionals són els maltractaments produïts en centres residencials destinats a persones grans. El terme institució ens remet a una gran varietat d'establiments que ofereixen serveis sanitaris, socio sanitaris i socials (hospitals, cases de convalescència, residències geriàtriques, centres de dia, etc.).
	Social	<p>Els abusos socials o estructurals són maltractaments procedents de les diverses administracions (manca de polítiques socials i recursos socials, de salut i jurídics adequades per a persones grans maltractades) i d'altres estructures socials que, pel seu funcionament i el seu tracte, marginen les persones grans. S'expressen socialment com a discriminació, sexisme, marginació i exclusió social.</p> <p><i>Exemples: pensions baixes, barreres arquitectòniques, llistes d'espera per a atencions quirúrgiques, impediments burocràtics per accedir a recursos de suport (centres de dia, habitatges tutelats, etc.), el retard a l'hora de respondre per part de l'Administració per conduir a les persones grans a una situació de desprotecció i manca d'atenció, delictes, trames fraudulentes, estafes i altres formes d'atac...</i></p>

Naturalesa	Negligència	<p>La negligència és el tipus més freqüent que consisteix en no atendre les necessitats bàsiques d'una persona gran, en la deixadesa, intencional o no intencional, de les obligacions sobre l'aportació d'elements bàsics i essencials per a la vida de la persona cuidada (alimentació, higiene, vestit, seguretat, aportació de tractaments).</p> <p><i>Exemples: Condicions de vida perilloses, no disposar d'un habitatge amb condicions d'habitabilitat o amb brutícia,, dur roba inadequada, manca d'higiene personal, malnutrició, problemes de salut sense tractar, manca de pròtesis auditives, dentals o ulleres si són necessàries...</i></p>
	Psicològic	<p>El maltractament psicològic o emocional és el maltractament que provoca angoixa, pena o estrès mitjançant actes o paraules. És dels tipus més freqüents i més difícils de detectar, ja que en general no solen deixar empremtes visibles, però sí en l'esfera psicològica i psicosomàtica.</p> <p><i>Exemples: Agressions verbals repetides com amenaces, intimidacions, càstigs com el càstig del silenci o de privacions, aïllar o apartat la persona dels seus amics i de les seves activitats habituals, infantilització...</i></p>
	Econòmic	<p>L'abús econòmic o financer és l'ús il·legal per tercers, de propietats o finances pertanyents a una persona gran sense el seu consentiment.</p> <p><i>Exemples: Modificació forçada o coercida de documents jurídics com el testament, negar el dret a l'accés i el control dels fons personals, els fraus, robatoris o furtis comesos per una persona de confiança, la signatura de documents sense informació clara del contingut o coneixement d'aquest, acords poc equitatius respecte a traspàs de béns a canvi d'uns serveis d'atenció...</i></p>
	Físic	<p>L'abús físic és l'ús de la força física que provoca ferides, dolor o lesions corporals. Es possiblement, la forma més fàcil de detectar i freqüentment s'associa a maltractaments psicològics o per negligència.</p> <p><i>Exemples: Bufetades, sacsejades, talls, cops, cremades, punxades, marques de subjecció, fractures, lesions a zones del cos amagades, caigudes reiterades inexplicables, nafres no curades, alimentació forçada, desnutrició o deshidratació...</i></p> <p><i>Contenció química o farmacològica: ús inadequat o indegut, ja sigui deliberat o accident, de drogues psicotròpiques, sedants o tranquil·litzants, per manejar o controlar una conducta molesta, que no té base en un desordre psiquiàtric diagnosticat.</i></p> <p><i>Contenció física o qualsevol mètode aplicat a una persona, que limiti la seva llibertat de moviments, l'activitat física, o el normal accés a qualsevol part del seu cos.</i></p>

Sexual	<p>L'abús sexual és qualsevol contacte sexual sense consentiment. Estan en un nivell de prevalença inferior a les anteriors descrites.</p> <p><i>Exemples: Violació, sodomia, nu forçat, la fotografia sexual explícita, els tocaments i els atemptats contra el pudor (pornografia).</i></p>
Auto negligència	<p>L'auto negligència és quan el comportament d'una persona gran amenaça la seva vida, la seva salut o el seu benestar. Queden excloses les actuacions voluntàries d'una persona gran competent que té aquests tipus de comportaments conscientment i per decisió pròpia, encara que sigui per cridar l'atenció.</p> <p><i>Exemples: Rebutjar un habitatge, el menjar, rentar-se, vestir-se...</i></p>
Abandonament	<p>L'abandonament és la deserció completa per part d'una persona que fa de cuidador o responsable. Es reconeix quan una persona que depèn d'altres es deixada en un lloc sense supervisió ni suport. Cal evitar la confusió entre el concepte d'abandonament i el de negligència, motivada pel fet que, en un gran nombre de casos, per expressar una situació negligència, s'empra l'expressió "està molt abandonat".</p> <p><i>Exemples: Abandonar a la persona en una institució (hospital, una residència), al carrer, una benzinera, un parc o en el domicili.</i></p>
Violació drets	<p>La violació de drets consisteix en l'agressió, privació o no reconeixement dels drets fonamentals com: dignitat, respecte, intimitat, confidencialitat, participació. La llibertat és un dret fonamental, com el dret a decidir.</p> <p><i>Exemples: Forçar l'ingrés de la persona en una residència o institució, a més de desallotjar-la del seu domicili (assetjament immobiliari). privació dels drets legals com privació de la intimitat, de la sexualitat, del dret a casar-se, d'elecció del lloc on viure...</i></p>

Font: Elaboració pròpia a partir de (6,9–11,16,17)

Afegir que en alguns documents, la pèrdua de respecte constava com un tipus de maltractament més. Des del punt de vista personal, no és necessari crear un tipus més de maltractament, ja que la pèrdua de respecte percebuda per les persones d'edat en comportaments irrespectuosos, deshonrosos o insultants (16), estaria inclosa en tots els altres tipus de violència.

En relació a les diverses formes presentades, cal dir que poden generar algunes controvèrsies pel seu caràcter no excloent de les categories establertes. Cal tenir en compte, doncs, que en algunes situacions pot haver-hi una sobre posició de conceptes. Per exemple, confinament i restriccions físiques o farmacològiques, poden ser abús físic, però també psicològic. Per tant, aquestes categories no són excloents, per la qual cosa una persona pot patir diversos tipus de maltractament alhora.

Abans de finalitzar aquest apartat, és oportú afegir que no és infreqüent prendre decisions sobre la persona cuidada com la forma d'atenció més adequada, sense tenir en compte la de la persona gran i en molts casos aquesta forma d'actuació es fa amb intenció de sobreprotecció (6).

3. La violència institucional residencial

El fet de viure en societats envellides, on el nombre de persones grans va en augment, les condicions de vida permeten major autonomia durant més temps, major nivell d'independència com a conseqüència de les millores en la salut i en els nivells de vida, té sense dubte efectes diversos, com poden ser la pèrdua d'autonomia i l'aparició de factors de vulnerabilitat o dependència que requereixen atencions personals o institucionals.

Les necessitats d'atenció, ja sigui en el propi domicili, a càrrec de familiars amb o sense recolzament institucional, o ja sigui en centres residencials, provoquen unes relacions específiques que poden ser entorns ideals per a que es produeixin abusos, negligències, abandonaments o inclús maltractaments de tota índole (11).

Malauradament, estem immersos en una cultura amb violència i aquesta pot manifestar-se en tots els àmbits: comunitari, familiar i institucional, afectant especialment a les persones més dèbils i vulnerables. (17).

Relacionat amb el tema del present treball, aquest apartat es centra específicament a estudiar el maltractament institucional referint-se, segons el National Center on Elder Abuse (NCEA) a (9):

“Qualsevol acció o omissió relativa a un resident en una institució que generi un perjudici a aquesta persona o la privi injustament de la seva independència”.

Els possibles causants de maltractaments en l'àmbit institucional, com ara a les oficines públiques, als municipis, als centres d'atenció primària, hospitals, serveis domiciliaris d'infermeria i d'assistència continua a la llar, i més freqüentment als establiments de llarga estància (8), solen ser persones que tenen algun tipus de relació o contacte freqüent amb la persona gran vulnerable (10):

- El personal cuidador en totes les possibles categories.
- La direcció, l'administració i els responsables de l'establiment.
- Els parents, les amistats, els veïns, les persones voluntàries i altres visitants de les persones residents.
- També es poden produir situacions de maltractament provocades pels mateixos residents entre si.

3.1. Dades estadístiques

Abans de desenvolupar aquest apartat, recordar les dificultats a l'hora d'obtenir dades de prevalença dels maltractaments, així com les escasses investigacions existents i amb diferents enfocaments metodològics entre sí.

Les diferents formes de maltractaments es donen tant en l'àmbit domèstic, social com en l'institucional, tot i que no hi ha quòrum en tot els autors (6). La major part dels maltractaments a les persones d'edat avançada, es donen en l'àmbit familiar, possiblement perquè és el lloc on resideixen la majoria (10); el nombre de persones grans institucionalitzades està al voltant del 5%, per tant, és d'esperar que quantitativament el maltractament familiar sigui superior al maltractament institucional (11). Diversos estudis xifren que entre el 60 i el 75% dels maltractaments es produeixen al domicili de la persona gran, i la resta del percentatge o una part dels maltractaments són donats institucionalment (6,9).

A més a més, es suma que la majoria dels estudis es realitzen en l'àmbit domèstic, quedant els mitjans institucionals, ja siguin socials, sanitaris, o socio sanitaris, amb xifres molt poc conegudes (11), quan en realitat potser tindrien un valor molt més elevat i per tant, més preocupant. Tot i que a aquest nivell hi hagi pocs estudis que ho demostrin, es pot afirmar que aquesta realitat és existent, i que ocupen un percentatge força elevat (9).

Tenint en compte que l'objectiu principal del treball exclou els maltractaments domèstics i socials, aquest apartat queda centralitzat en l'àmbit institucional per poder conèixer profundament què passa en aquest sector, on els professionals sanitaris hi tenen molt a veure.

Dels casos detectats institucionalment, alguns resulten sorprenents (17). Aquest és un dels motius, que fa que sigui especialment interessant estudiar els maltractaments en contextos institucionals.

De tots els establiments que remet el terme institució (serveis sanitaris, socio sanitaris i socials, hospitals, cases de convalescència, residències geriàtriques, centres de dia, etc.) (9), el que mostra major proporció de maltractament són les residències de llarga estada, és a dir, l'institucional residencial (8).

La primera investigació sobre els maltractaments es va iniciar fa gairebé tres dècades, promoguda per l'Associació de Gerontologia de Manitoba (Canadà). L'any 1981, Belanger va enviar un qüestionari per correu a 140 professionals (sense mostra aleatòria), resultant d'aquesta enquesta que (11):

- El 44% dels casos es produïa explotació material, és a dir, abús econòmic.
- El 30% eren casos de violació dels drets dels ancians.
- El 25% era d'abús físic.

En aquella època, no es tenia en compte tot el ventall de maltractaments que es coneix actualment, i el que es detectava era el que es mostrava amb més evidència.

Actualment, la majoria de les investigacions es basen en la informació que proporcionen els propis professionals, referida tant als casos que han observat com als que han comès. En diverses enquestes realitzades a persones cuidadores en institucions de diversos països, reconeixen haver estat testimonis o haver produït maltractaments a les persones grans. Els resultats d'alguns estudis són els següents:

- Els professionals institucionals canadencs, posen de manifest que el 20% reconeixien haver estat testimonis de maltractaments en residències, un 31% de manejos bruscos, un 28% de crits o insults i un 10% de cops o empentes (6).
- Els professionals suecs també ho reconeixen en un 11% (6).
- Els alemanys admeten haver comès maltractament en un 23,5%, sent en el cas dels psicològics un 53,7%, admetent també ser testimonis del 28% en crits o insults (6).
- Un altra cerca duta a Alemanya sobre les negligències i maltractaments cap a les persones grans en centres residencials, conclou que el 70% de les persones professionals entrevistades, reconeixia haver comès algun acte violent o problemàtic, no haver intervingut en situacions en què era necessari, o bé haver presenciat aquest tipus de comportaments en altres persones professionals assistencials (18).
- Professionals de diferents residències als Estats Units posen de manifest que el 36% dels i les professionals auxiliars i d'infermeria declarava haver observat un incident de maltractament físic per part d'altres professionals durant el darrer any; un 10% reconeixia haver comès personalment un acte de maltractament físic, com a mínim; un 81% de la mostra va observar un incident d'abús psicològic a persones residents; i un

40% va reconèixer haver comès personalment algun maltractament d'aquest tipus (18).

- Un equip d'infermeria espanyol va referir haver presenciat en un 66%, almenys un episodi d'abús o negligència als residents per part dels seus col·legues en els últims 12 mesos (8).
- L'últim estudi seleccionat, afirma que el 81% dels professionals del país van afirmar haver set testimonis de maltractaments a les residències d'avis i el 40% van admetre haver comès en alguna ocasió abús psicològic (11,16).

Per fer-se una idea general de la quantitat d'abusos que existeixen en una residència d'avis, una taxa anual d'esdeveniments d'abús mostra un 20,7 per cada 1.000 residents en llars d'ancians. Com a dada impactant, a Europa, durant l'onada de calor ocorreguda en l'estiu de 2003, van morir quaranta mil persones majors per negligència o actuació inadequada (6).

Es podria seguir afegint xifres i xifres sobre diferents estudis, però no són necessàries per reconèixer el problema; és suficient per classificar-lo com un tema de preocupació primordial.

Per tancar aquest apartat, cal remarcar l'aspecte més alarmant d'aquesta situació: els maltractaments produïts institucionalment són produïts per persones que tenen l'obligació legal o contractual de proveir cuidatges i protecció a aquella persona gran. És a dir, la persona encarregada de tenir cura de les persones grans no hi manté una relació de confiança (família, amic, veí), sinó que és de tipus jurídic (9).

Per això, i per molts altres motius, és interessant recol·lectar tota la informació d'aquests maltractaments, perquè en un futur, pot ser que la nostra generació d'infermeria sigui la causant d'aquests maltractaments, de manera conscient o inconscientment.

3.2. Tipologia freqüent

Els maltractaments produïts dins de les institucions residencials es produeixen en un context rutinari, és a dir, en un context on les atencions que es proporcionen són diàries i amb escassos canvis. En recolzament de les dades estadístiques anteriors, s'ha arribat a la conclusió que les formes de maltractament a les residències de llarga estada són l'abús psicològic i la negligència. La explicació que donen molts estudis sobre aquests resultats és que generalment, la cura que es brinda en aquests llocs es centra massa en les necessitats físiques i biològiques, oblidant la integritat de l'ancià, com un ésser psicosocial, únic i irrepetible.

a) Negligència

La negligència és una conducta que es caracteritza per omissions de funcions establertes, intencionada o no, que s'haurien de dur a terme per millorar el benestar i garantir la millor qualitat de vida de la persona gran atesa (19).

En general, es consideren negligències totes aquelles situacions relacionades amb la higiene, la mobilitat o els canvis posturals que puguin provocar ferides, escares, irritacions, o bé atemptar contra la dignitat de la persona, com per exemple (11):

- Ometre una valoració del pacient per establir les necessitats d'atenció adequades, és a dir, no prestar l'atenció suficient per les queixes excessives o massa demanda sanitària.
- Incomplir les cures i la higiene de la persona gran com ara la utilització escassa de bolquers, la manca de canvis posturals i cures amb la periodicitat necessària, el poc control de la ingesta d'aliments i medicació prescrita, la utilització indeguda de mitjans de contenció i/o immobilització...
- Utilitzar actes d'incompliment deliberat i continuat del reglament de funcionament d'una institució o del contingut del treball com ara abusar de les capacitats de les persones grans per facilitar el treball de qui les cuiden, la deixadesa intencionada en el desenvolupament del treball, incomplir els horaris laborals, les normes d'atenció i control...

b) Abús psicològic o emocional

Els professionals conceptualitzen l'abús psicològic com una acció intencionada que pot tenir o no conseqüències negatives per la persona gran; l'abús pot o no generar algun tipus de benefici pel professional, bé sigui material o bé sigui de tipus intangible, com per exemple treballar menys, treballar més relaxadament, etc. Alguns exemples són (7,10,11):

- *Manca de consideració* cap als grans com a persones madures, capaces i amb criteri propi, entrant en aquesta consideració el tracte considerat com infantilització en el tracte, tractant al pacient com si fos un nen.
- *Manca de respecte a les seves opinions* des de l'abús de poder, no prenent en consideració les seves opinions, tant sobre aspectes quotidians com sobre temes que puguin afectar la seva pròpia vida.
- *Falta de respecte a la intimitat*, tant en exploracions mèdiques com en situacions quotidianes que se solen donar en les residències.
- La *despersonalització* proporcionant serveis d'acord amb criteris generals que desatenen les necessitats particulars de cada resident, com ara oferir lectures, distraccions, activitats...
- *Deshumanització*, no solament ignorar a la persona gran, sinó no permetre-li intimitat ni donar-li opcions de responsabilitzar-se de la seva pròpia vida.
- *Victimització* com atacs a la integritat física i moral dels ancians, mitjançant amenaces, intimidació i agressions verbals, robaments, xantatge o càstigs corporals. Pronunciar comentaris inadequats o feridors, disgustos, crits, juraments, insults...
- El *confinament* amb mitjans no autoritzats, siguin substàncies químiques o barreres físiques.
- L'*aïllament* com a càstig o per comoditat del personal.
- *Accions referides a la salut* que es realitzen pel fet de ser més gran, com la derivació a l'hospital de manera reiterada i innecessària, per evitar assumir alguna responsabilitat i/o la prescripció de medicaments tranquil·litzants innecessaris, negar explícitament o implícitament un tractament a una persona gran amb solament l'argument de l'edat...

En resum, el maltractament emocional és el rebuig, els insults, atemoritzar, cridar, aïllar, humiliar, culpabilitzar, intimidar, amenaçar, ignorar o privar a l'altre de sentiments d'amor, seguretat o afecte.

De totes aquestes formes de maltractament psicològic, l' estudi *Voces Ausentes* desenvolupat per la OMS i l'IPNEA els classifica en tres grans termes (8):

- *Abandonament* com l'aïllament, el desemparament i la exclusió social.
- *Violació de drets* humans, legals i mèdics.
- *Privació d'opcions*, de presa de decisions, de situació social, de gestió econòmica i de respecte.

3.3. Factors de risc

Les causes que la vellesa esdevingui una etapa de marginació i vulnerabilitat són la consideració d'aquesta etapa de la vida com persones improductives, desproveïdes de valor i que suposa una càrrega tant per a la família com per a la societat. Aquest fenomen s'anomena *edatisme* (discriminació per l'edat). Els mites i els estereotips difosos sobre la vellesa provoquen l'aparició d'actituds negatives i afavoreixen la infravaloració tant per part de la societat com per part de la mateixa gent gran. D'aquesta manera, les persones grans acaben desenvolupant un sentiment d'inutilitat i de nosa que acaba afectant la seva salut física i psíquica (9).

No obstant, l'envelliment de la població, els canvis en els valors que ha experimentat la societat, els nous models de família i el desenvolupament dels recursos dirigits a la protecció dels drets i la qualitat de vida de la gent gran, ha donat com a resultat que cada vegada hi hagi una major consciència social cap a les necessitats d'aquest col·lectiu (11).

Els estudis actuals sobre el maltractament a les persones grans, assenyalen que hi ha uns factors que predisposen a generar una situació de maltractament i que són molt importants a l'hora de definir les estratègies i els programes de prevenció.

Al llarg de la història del maltractament, s'han anat proposant models per entendre els maltractaments en entorns residencials que inclouen els factors recol·lectats a la *figura 4*:

Figura 4. Els factors relacionats amb el maltractament institucional

Factors relacionats	Característiques
Resident	<ul style="list-style-type: none"> - Ser dona i/o superar els 75 anys. - Experimentació d'algun tipus de maltractament prèviament. - Ingressos involuntaris. - Vulnerabilitat per fragilitat física, intel·lectual o psicològica com l'estat de salut deteriorat i/o dependència per les activitats de la vida diària (AVD). - Trets de personalitat i/o individuals (problemes conductuals, condicions econòmiques, hostilitat, aïllament social...). - Manca de suport formal i informal.
Ambient	<ul style="list-style-type: none"> - Escassetat de personal. - Pressió per complir les tasques assignades en un temps determinat. - Alt nombre de residents. - Constant inconformitat dels familiars dels residents.
Establiment	<ul style="list-style-type: none"> - Titularitat (pública o privada). - Característiques socioeconòmiques de la ubicació de la institució. - Polítiques institucionals (manca d'elecció per la vida quotidiana, excessiva burocràcia, maneig dels diners dels pacients, inexistència d'un consell de residents o de familiars, carència de projectes d'animació i d'activitats). - Condicions d'habitabilitat (medis insuficients o inadequats com el mobiliari, la calefacció i la ventilació, dormitoris no personalitzats amb fotografies o objectes personals, objectes personals d'higiene sense protegit ni identificar, manca de llocs de passejar ni espais per visites en la intimitat, contaminació acústica, espais poc higiènics, barreres de mobilitat...). - Metodologia de treball (resistència als canvis en la medicina geriàtrica, deteriorament de l'atenció individual, manca de programes assistencials, manca de qualificació i formació del personal, absència de directrius i objectius clars, així com d'organització, coordinació i supervisió...). - Ràtio i perfil de treballadors, i la seva rotació.

	<ul style="list-style-type: none"> - Poca estabilitat en el tipus de treball i salaris limitats.
Professionals	<ul style="list-style-type: none"> - Professional jove, anys d'experiència en el sector i/o entrenament o habilitats. - Nivell formatiu i desconeixement del maltractament per manca de formació continuada. - La cura de la persona gran (deixar al resident en un seient durant hores sense mobilitzar-la ni fer-li fer activitats, utilitzar bolquers encara que no tingui incontinència, ritme accelerat pel cuidador/a a l'hora de tenir cura de les persones usuàries, establir un "temps límit" per a cada activitat, no portar-la al servei higiènic quan ho demani si no és quan "toca"... - Horaris excessius i ritmes no sincronitzats (hores marginades, torns atípics). - Trets de la personalitat (manca de comprensió en la cultura i els valors, manca del maneig de l'estrès personal i/o professional, conflictiva personalitat, insuficient motivació i major insatisfacció professional, escassa empatia, maneig inadequat de la hostilitat i de les situacions que impliquen l'agressió, deficient autocontrol, limitada autocrítica...). - Grau d'esgotament professional o, el que és el mateix, el <i>Síndrome de Burn-out</i> i/o nivell d'estrès derivats de les condicions de treball.
Entorn (societat)	<ul style="list-style-type: none"> - Concepcions errònies sobre l'envelliment que afavoreixen una visió deshumanitzada de les persones grans com percebre-les com infantils i necessitades de disciplina. - Actes i actituds discriminatoris.

Font: Elaboració pròpia (6,7,9-11)

De tot aquest llistat de factors que predisposen a produir maltractaments cap a les persones grans, cal destacar el grup relacionat amb els professionals, per ser el més fàcil de modificar, com ara el *síndrome de Burnout*. Els professionals més vulnerables a patir Burnout són aquells amb interaccions humanes de caràcter intens i durador, com ara els professionals de la salut i els de l'ensenyança (un de cada cinc professionals d'aquests sectors presenta símptomes) (20).

Destacar que la majoria dels residents que actualment viuen en residències són grans dependents que requereixen cuidatges que poden generar estrès i sobrecarrega en els cuidadors formals. No sempre les residències compten amb el personal i els medis adequats,

el que propicia sobrecàrrega en els cuidadors i en conseqüència, situacions abusives, generalment produïdes per negligència o de forma no intencionada.

El síndrome de cremar-se pel treball (SQT) en professionals d'infermeria ha estat estudiat, principalment, en les organitzacions de serveis que treballen en contacte directe amb els clients per considerar-se col·lectius ocupacionals que presenten major risc de desenvolupar el SQT, degut a la implicació emocional que comporta el cuidatge d'altres persones. En concret, la professió d'infermeria és una de les ocupacions on existeix major incidència del SQT, degut a la contínua exposició a situacions difícils i a les característiques del lloc (sobrecàrrega, ambigüitat de rol, carència de recursos, exposició a traumes, violència i situacions difícils) (21).

A l'any 1974, H.B. Bradley va fer un estudi sobre el canvi d'actitud del personal sanitari del centre a l'any de l'inici del seu treball, relacionant el desgast, al que va denominar Burnout amb estat d'ansietat i depressió. El va definir com: *“Un conjunt de símptomes mèdic biològics i psicosocials inespecífics, que es desenvolupen en l'activitat laboral, amb resulta d'una demanda excessiva d'energia”* (20).

3.4. Instruments de mesura

Existeixen moltes barreres que dificulten la detecció del maltractament institucional residencial com la manca de conscienciació sobre el tema, la falta de coneixement general sobre el maltractament com ara la prevalença, les senyals d'alerta i els aspectes legals, el desconeixement de pautes d'actuació, el nihilisme terapèutic, és a dir, creure que res del que es faci pot millorar la situació, el no voler intervenir en una situació en què estan implicats companys de treball per por a les represàlies, la falta de temps, la discriminació per l'edat que podria conduir al fet que determinats signes de maltractament fossin associats a l'envelliment, la manca de protocols i fins i tot falta de recursos o actuacions que responguin a les situacions de maltractament (7).

Si més no, actualment existeixen diferents eines i/o instruments validats per poder-ho detectar o almenys sospitar. Aquests són els següents:

a) Qüestionaris dirigits als residents

S'han creat diferents instruments per la detecció dels maltractaments cap a les persones grans a nivell internacional. N'existeixen tres tipus:

- *Instruments de cribatge* amb l'objectiu de preguntar directament a la persones grans per descobrir conductes abusives per part d'un altra persona, si és que aquestes s'han produït, ja que la taxa de casos descoberts tendeix a augmentar.
- *Instruments que comproven l'existència de signes evidents* com hematomes, manca d'higiene, etc. tot i que s'ha de mantenir molta cautela a l'utilitzar-los ja que, en la vellesa, els signes de maltractaments són, amb freqüència, difícils de distingir dels símptomes de malaltia, especialment els psicològics.
- *Instruments per identificar factors de risc*, tot i que poden haver fàcilment falsos positius o falsos negatius.

La majoria dels instruments existents no estan validats per a la detecció, per ser poc precisos, específics o insuficientment sensibles o fiables, però, tot i això, a l'actualitat es segueix valorant la seva utilitat i eficàcia (22). Alguns dels exemples més rellevants són l'EAI (Elder Assessment Instrument o Instrument d'Avaluació de la Persona Gran), el BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly o Instrument Breu de Cribatge sobre Maltractaments a les persones grans), l'instrument de "Screening para Malos tratos a Personas Mayores de

Hwalek-Sengstock” i l’Índex de les Conseqüències del Cuidatge de Kosberg, per identificar als cuidadors.

D’altra banda, sí que existeix una eina validada al castellà, no per a detectar casos, sinó per indagar sobre la sospita de maltractaments a persones grans. L’instrument s’anomena Índex de sospita de maltractament cap a les persones grans o Elder Abuse Suspicion Index (EASI). És un instrument desenvolupat i validat per un equip d’investigació de la Universitat McGill que consisteix en sis preguntes breus i directes (cinc preguntes per la persona gran i una pel professional) amb una durada de dos minuts de mitja. Es formulen amb un llenguatge cordial i és fàcilment aplicable a persones grans. La entrevista personal presenta una sèrie d’avantatges, com permetre la observació tant de l’aspecte físic de la persona com de les seves reaccions a les preguntes, és a dir, es poden observar aspectes relacionats amb la conducta verbal i no verbal, i comprovar si ambdues són consistents (23,24)

Per poder utilitzar l’EASI és necessari seleccionar els pacients sense alteració cognitiva utilitzant instruments de cribatge del deteriorament cognitiu. Els més utilitzats són el Mini Examen Cognitivo (MEC) o en anglès Mini - mental State Examination (MMSE) i el qüestionari Pfeiffer. Tots dos són útils per pacients institucionalitzats i es troben adaptats i validats a l’espanyol. No obstant, el qüestionari EASI, obliga a ser finalitzat quan el MEC tingui una puntuació igual o menor a 23, per existir deteriorament cognitiu (24).

b) Qüestionaris dirigits als professionals sanitaris

L’eina que més s’utilitza als estudis fets fins l’actualitat ha estat la realització d’entrevistes als professionals amb l’objectiu d’investigar sobre la possible violència en la institució on treballen, obtenint com a respostes haver sigut testimonis o admetre ser el propi autor de la violència. Lògicament, és una eina sense validació, i és per això que s’han buscat alternatives.

Un dels factors de risc de maltractament destacat anteriorment és la *sobrecàrrega del cuidador* (veure 4.4. *Factors de risc*). L’estrès laboral és un obstacle important per garantir la seguretat, la salut i el benestar entre els professionals (25) i conseqüentment entre els residents; la característica del tracte amb els altres quan es pateix el síndrome de Burnout, és justament el maltractament i la insensibilitat (26).

Relacionat amb aquest síndrome, s’han cercat dos qüestionaris validats que avaluen als professionals sanitaris: el qüestionari de Maslach Burnout Inventory (MBI) i el qüestionari

per l'avaluació del síndrome de cremar-se pel treball (CESQT). Es poden veure les seves diferències a la *figura 5*:

Figura 5. Els qüestionaris relacionats amb el Síndrome Burnout

Qüestionaris	Ítems	Escales	Durada
MBI	22 ítems en forma d'afirmacions	<ul style="list-style-type: none"> - Cansament emocional - Despersonalització - Realització personal. 	10-15min
CESQT	20 ítems en forma d'afirmacions	<ul style="list-style-type: none"> - Il·lusió pel treball - Desgast psíquic - Indolència - Culpa 	5-10min

Font: Elaboració pròpia (27,28)

Vistes les diferències entre un qüestionari i un altre, i no per decisió aleatòria, s'ha escollit el MBI (*veure annex 1*) per ser considerat l'instrument més utilitzat, per tenir una alta consistència interna i un alta fiabilitat; té una àmplia acceptació internacional, tant a Espanya com en altres països (27). Tot i tenir les debilitats i fortaleeses, com gairebé tots els qüestionaris, és l'instrument que més acceptació ha tingut en el camp de la medicació del SQT (27). Més del 90% dels estudis realitzats sobre el SQT utilitza el MBI com un instrument de mesura (21).

A l'igual que l'altre qüestionari, l'adaptació al castellà reuneix els suficients requisits de validesa factorial i consistència interna com per ser utilitzada en la estimació del síndrome de cremar-se pel treball (29).

Aquest qüestionari va ser fruit després que la psicòloga social Christina Maslach, a l'any 1976, presentés per primera vegada el terme Burnout al congrés de l'APA (American Psychological Association), considerant com un procés d'estrès crònic per contacte i definint-lo al 1981 com “*un síndrome tridimensional caracteritzat per esgotament emocional,*

despersonalització i baixa realització personal que pot ocórrer entre individus que treballen en contacte directe amb clients i/o pacients”.

Conjuntament amb Susan Jackson, aquesta autora va crear aquest qüestionari diferenciant tres sub escales:

- *Esgotament emocional (AE)*, que és la disminució de recursos emocionals i personals del professional. Es tradueix amb fatiga mental, física i emocional no proporcional a la carga del treball.
- *Despersonalització (DP)*, conseqüència del AE. La falta de recursos emocionals porta al professional a protegir-se davant de l'usuari, deixa de veure'l com una persona i el tracta com un objecte, i s'inicia una falta d'empatia i d'implicació.
- *Realització personal (RP)*, factor protector davant al Burnout. El professional amb realització personal alta està motivat, sent que influeix positivament sobre la vida dels pacients, i és capaç de tractar els problemes emocionals amb calma i seguretat.

3.5. Conseqüències freqüents

El maltractament provoca greus conseqüències en la salut i el benestar de les persones grans. És relativament fàcil establir una relació directa entre una lesió física i les seves seqüeles posteriors, avalades per un seguiment mèdic; en canvi, aquesta tasca esdevé molt més difícil quan els danys són de tipus psicològic, els més freqüents.

Figura 6. Les conseqüències de la violència institucional residencial més freqüents

Maltractament	Conseqüències
Negligència	<ul style="list-style-type: none">- Carència del cuidatge personal.- Úlceres per pressió.- Malnutrició i deshidratació.- Vestimenta inadequada, brutícia, falta d'higiene...
Psicològic i violació de drets	<p>El primer signe que faria sospitar seria l'angoixa, que acabaria en altres conseqüències més greus i complexes que podrien associar-se a problemes afectius i d'autoestima, i fins i tot problemes psicosomàtics. Alguns exemples són:</p> <ul style="list-style-type: none">- Canvis sobtats de conducta, com absència d'interès pels contactes socials, conducta evasiva o aïllada, canvis de comportament inexplicables o no característics de la persona.- Por inexplicable, irracional o sospitosa.- Tristesa.- Ansietat.- Depressió.- Manca d'auto estima.- Impotència o indefensió.- Indecisió per parlar obertament.- Falta de comunicació i de resposta.- Falta de contacte visual.- Agitació.- Trastorns de la son.- Pèrdua de gana.

Font: Elaboració pròpia (7,9)

4. Justificació

A mesura que passen els anys, es van produint certes variacions en la persona que fan que es tornin més vulnerables. La vellesa ha estat vista i valorada per la societat des de dues perspectives: una positiva, que la considera com un savi, amb gran experiència i al qual se li deu respecte, i una negativa que associa l'edat amb característiques deficitàries (físiques i cognitives), econòmicament dependent i socialment aïllat (15).

Es sent parlar molt sobre la violència de gènere i la violència infantil i juvenil però, i la geriàtrica? aquell grup de la població summament vulnerable? Encara no s'ha donat la rellevància corresponent en comparació amb els altres col·lectius (7); i algunes dades resulten sorprenents.

És important doncs, donar rellevància al problema i fer conscienciació social ja que es preveu que el nombre de situacions de maltractaments a les persones grans aniran en augment pel progressiu envelliment de la població, de la esperança de vida, de l'increment de situacions de dependència física i psíquica, i sobretot pel major i millor reconeixement dels drets de les persones grans (17). A més, la nuclearització de les famílies ha fet desaparèixer el rol social que jugaven els ancians com a transmissors del saber i la cultura (11) i és per això, que la perspectiva negativa comentada anteriorment, entre altres causes, ha donat i continua donant peu a maltractaments cap aquestes persones.

Actualment, aquest problema s'ha convertit en una realitat que cada vegada és més evident i que requereix una atenció específica. La paraula *maltractament* resulta molt alarmant i, quan la causa d'aquest es donada pels propis professionals, encara ho és més. És el maltractament més il·lògic ja que, en teoria, els serveis socio sanitaris estan formats per persones especialitzades i/o interessades en el tracte amb les persones grans.

A més a més, la magnitud de la problemàtica en l'àmbit institucional és escassament reconeguda. Molt poques vegades s'insta a la denúncia a causa del freqüent estat de dependència de la persona gran, a la manca de valentia del personal per comunicar-ho o pel temor de ser una imatge negativa per al seu lloc de feina. A més, aquest poc reconeixement, s'associa també a connotacions negatives que l'han dut a convertir-lo en un tema tabú, és a dir, no se'n parla del problema, s'evita o no es reconeix, i així no existeix.

La importància de promoure un tracte més humà en el cuidatge i les atencions diàries de les persones grans institucionalitzades, ha estat una de les necessitats detectades després de

la experiència professional com a estudiant d'infermeria. En ocasions, es creen conductes inacceptables que vulneren els drets de les persones grans i sovint són pràctiques habituals, acceptades i normalitzades per la majoria dels professionals que treballen a diari amb aquestes persones.

Davant aquesta emergència, cal fer un “avís” als professionals que treballen en una residència d'avis, per estar davant d'una de les formes de violència més oculta; és un fenomen silenciats, desconegut, incompès i escassament detectat (17).

Per tant, és necessari conscienciar a la societat i als professionals que treballen amb persones grans, de la importància de promoure el bon tracte en residències i humanitzar el cuidatge i l'atenció diària, evitant conductes que promouen el tracte inadequat cap als més grans que són, a la seva vegada, els més vulnerables, els més dependents i els que més atenció i cuidatges requereixen.

5. Hipòtesis

La principal **hipòtesis** que es tracta de comprovar és:

- Un programa d'intervenció que garanteix la sensibilització i la formació als professionals sobre l'existència de violència institucional residencial és efectiu per reduir-ne la prevalença.

6. Objectius

Els objectius que es plantegen pel present treball són els següents:

6.1. Objectiu general

- Disminuir el maltractament institucional que pateixen els usuaris de les residències geriàtriques en qualsevol de les seves variants.

6.2. Objectius específics

- Conèixer la prevalença de sospita de maltractament dels usuaris de les residències geriàtriques.
- Identificar el grau de Síndrome de Burnout dels professionals que atenen als usuaris de les residències geriàtriques com a factor de risc de maltractament.
- Estudiar la relació entre el Síndrome de Burnout i el maltractament institucional a les residències geriàtriques.

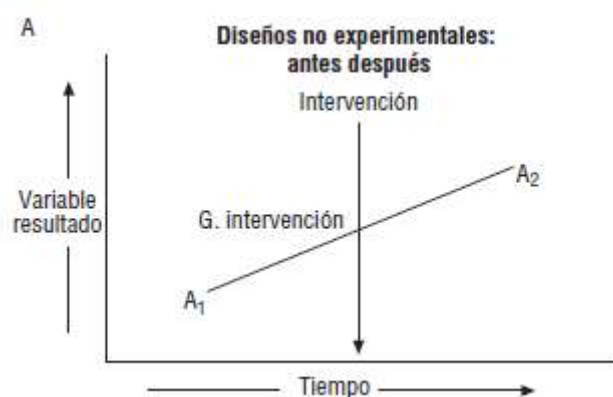
7. Metodologia de l'estudi

La *metodologia de l'estudi* fa referència a la elecció d'un mètode pertinent pels objectius plantejats. S'ha dissenyat un estudi no experimental abans – després (o pre – post) amb mesures repetides als sis mesos post-intervenció, sense grup control.

Aquest estudi requereix una mesura pressa abans i després de la intervenció en la població intervinguda. Al no haver un grup de comparació, el valor obtingut després de la intervenció es podria comparar amb el valor previ a aquesta. La principal limitació d'aquest disseny és la dificultat de poder atribuir l'efecte observat a la intervenció, ja que aquest podria deures a altres factors diferents al programa. Entre els avantatges, destaca que consumeix poc temps i recursos, les condicions de mesura són estables al llarg del temps i el període d'analitzar és curt (30).

En aquest cas, la intervenció consisteix en realitzar un conjunt d'activitats dirigides als professionals sanitaris de residències geriàtriques per formar-los i conscienciar-los sobre la existència del maltractament institucional amb la finalitat d'aconseguir l'objectiu principal. En cas que s'obtinguessin resultats que demostrassin la seva efectivitat, es podria implantar la intervenció a la resta de residències. En la següent il·lustració s'observa gràficament l'abans i el després de la intervenció:

Il·lustració 1. Dissenys no experimentals: abans després



Font: José M, Olmo MM, Pérez-giménez A, Nebot M.

Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos.

Gac Sanit. 2011;25(Supl 1):9–16.

L'àmbit de l'estudi és centra en algunes residències geriàtriques de la província de Lleida, ja sigui de titularitat pública o privada, que ofereixi places d'estància diürna i places residencials. Donat que no s'ha creat cap criteri estadístic, l'elecció d'aquestes residències es farà mitjançant un mostreig intencional o per conveniència, en el que l'investigador haurà d'escollir quines passaran a formar part de la mostra de l'estudi en funció de la disponibilitat i accessibilitat d'aquestes (31).

7.1. Població diana

La elaboració del projecte s'ha centrat en els residents de diferents institucions geriàtriques. Per poder fer l'estudi, s'ha de fer un *procés de selecció* incloent a tots aquells residents que hagin contestat el Pfeiffer (*veure annex 2*) i hagin tingut menys de tres errors, per tant, sense deteriorament cognitiu, ja que seran els qui hauran de respondre el qüestionari EASI (*veure annex 3*) (32,33).

Això no vol dir que els residents més dependents estiguin exclosos de beneficiar-se del programa d'intervenció, solament estaran exclosos de respondre el qüestionari per les seves mancances. De manera indirecta, es beneficiaran a l'igual que altres residents, o fins i tot més, ja que són els més vulnerables a patir tot tipus de maltractaments o situacions abusives, per la seva impossibilitat de defensar-se de les agressions, i per la seva situació de dependència. No s'ha d'oblidar que a major dependència, major necessitat de cuidatges i major vulnerabilitat a patir maltractaments per qui assumeixen el cuidatge i l'atenció de les seves necessitats bàsiques.

Figura 7. Criteris d'inclusió i exclusió de la població diana

Criteris d'inclusió	<ul style="list-style-type: none"> - Els usuaris de les residències geriàtriques escollides, tant interns com de centre de dia. - Acceptar participar a l'estudi i firmar el consentiment informat.
Criteris d'exclusió	<ul style="list-style-type: none"> - Els usuaris que hagin contestat el test de Pfeiffer i comès tres o més errors.

7.2. Professionals als que va dirigit

El grup de professionals idonis per realitzar la intervenció són els professionals socio sanitaris que treballen en institucions residencials, assistencials o centres de dia, per ser un espai on el tracte amb el pacient geriàtric és constant, i és on hi ha més probabilitats d'errar a l'hora de tractar amb aquests.

Tot i que les accions van dirigides a tot el personal socio - sanitari, es considera que el personal auxiliar i infermer, que són els que més temps estan amb les persones grans, tenen més risc de provocar situacions abusives o negligents.

El contacte diari amb la gent gran, les característiques pròpies del treball amb gent gran, així com el contacte diari amb la malaltia, la mort i el deteriorament físic i psíquic, els fa vulnerables a patir la síndrome de Burnout, i al seu torn de provocar comportaments negligents o abusius sense ser premeditats o intencionats.

Figura 8. Criteris d'inclusió i exclusió dels professionals

Criteris d'inclusió	<ul style="list-style-type: none">- Professionals sanitaris que treballen a les residències geriàtriques escollides.- Afirmar participar a l'estudi i firmar el consentiment informat.
Criteris d'exclusió	<ul style="list-style-type: none">- Assistència a menys de 6 sessions.

7.3. Metodologia de cerca

En la realització d'aquest projecte s'ha efectuat una revisió de la literatura científica actual dels aspectes teórico-pràctics del problema a estudiar. En la *figura 9* apareixen les fonts d'informació amb les diferents bases de dades consultades, les paraules clau escollides i els criteris inclusió i exclusió de la cerca.

Figura 9. La cerca bibliogràfica

Fons d'informació	<ul style="list-style-type: none">- Biblioteca de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida (UdL).- Bibliografia aportada pel tutor.- Bases de dades científiques.	
Bases de dades consultades	<ul style="list-style-type: none">- Revisions sistemàtiques: Cochrane Library Plus- Búsqueda d'articles científics: Pubmed, Cinahl, Scielo- Cerca bibliogràfica científica en espanyol: Cuiden, Dialnet, Google scholar	
Paraules clau o descriptors	Castellà Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	Anglès Medical Subject Headings (MeSH)
	<ul style="list-style-type: none">- Maltrato al anciano- Centros de Salud- Agotamiento Profesional- Cuidadores- Enfermeros	<ul style="list-style-type: none">- Elder Abuse- Home Nursing- Burnout, Professional- Health Personnel- Geriatric Nursing
Criteris d'inclusió	<ul style="list-style-type: none">- Publicacions que fan referència al maltractament en persones grans en l'àmbit institucional.- Publicacions dels últims 10 anys, tot i que, en alguna ocasió, ha sigut necessari utilitzar alguns més antigues.- Publicacions escrites en castellà i anglès.	
Criteris d'exclusió	<ul style="list-style-type: none">- Documents sense accés a text complet.	

Font: elaboració pròpia

Per últim, amb l'objectiu de mostrar al lector la metodologia de cerca realitzada, s'han detallat algunes de les cerques més productives:

- ("Elder Abuse"[Mesh]) AND "Home nursing"[Mesh]
- ("Burnout, Professional"[Mesh] AND "Geriatric Nursing"[Mesh])

Els límits establerts de totes les cerques han estat: Humans, Clinical Trial, Review, Journal Article, English, Spanish, published in the last 5 years. Aquests límits s'han fixat pel tipus de documents d'interès (assajos clínics, articles originals i de revisió), idiomes coneguts i data de publicació actualitzada (últims 5 anys).

De tots els resultats obtinguts de totes les cerques realitzades, es va fer una revisió i selecció dels articles que complien els criteris per a complementar la investigació.

7.4. Síntesi de la evidència trobada.

La intervenció seleccionada ha estat dissenyada a partir dels resultats obtinguts de la metodologia de cerca realitzada, seleccionant la informació més destacada per tal d'intentar garantir la seva màxima qualitat. Aquesta informació queda plasmada a la *figura 10*, de forma resumida, destacant les actuacions més efectives per aconseguir l'objectiu de l'estudi. A continuació d'aquest resum, apareixen els projectes o estudis explicats més detalladament.

Figura 10. La evidència trobada

Any	Autor	Títol	Actuacions
2005	Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario	<i>Guia de bones pràctiques en infermeria sobre el maltractament contra les dones</i>	<ul style="list-style-type: none">- Formació- Conscienciació
2008	Leturia i col·ls	<i>Los derechos de las personas mayores y la prevencion del maltrato</i>	<ul style="list-style-type: none">- Actuacions professionals, (formació, conscienciació...), residents i administratives
2008	Rueda i col·ls	<i>El maltractament a les persones grans: bases teòriques pel seu estudi</i>	<ul style="list-style-type: none">- Formació- Sensibilització- Organització
2010	Paniagua	<i>Prevenció de la violència cap los grans. Tres mesures preventives</i>	<ul style="list-style-type: none">- Formació bàsica- Supervisió professional
2012	Muñoz i Tabueña	<i>La guia local per fer front als maltractaments de les persones grans</i>	<ul style="list-style-type: none">- Prevenció primària (sensibilització, educació i formació), secundària i terciària
2015	Muñoz	<i>Els maltractaments a les persones grans: comi qui intervé en el seu abordatge</i>	<ul style="list-style-type: none">- Formació- Sensibilització- Actuació en casos

Font: elaboració pròpia (11,34–38)

Guia de bones pràctiques en infermeria sobre el maltractament contra les dones (38)

Una de les recomanacions més importants de l'Associació Professional d'Infermeres d'Ontario esta dirigida a la *formació*. Aquesta guia esta dirigida al maltractament contra les dones, però es podria extrapolar a la població geriàtrica institucional. El programa educatiu que proposa inclou diferents aspectes com la definició de maltractament, la prevalença, les conseqüències, el cribatge, el paper que desenvolupa la infermera, etc.

A més a més, proposa diferents formes d'adquirir consciència del problema que constitueix el maltractament i augmentar la seva sensibilitat cap aquest tema. Algunes tècniques són *realitzar role playings, tallers, vídeos educatius i altres presentacions, programes de supervisió i tutoria, material escrit, conscienciació i exercici de reflexió...*

Los derechos de las personas mayores y la prevencion del maltrato (37)

Els estudis actuals sobre el maltractament a les persones grans assenyalen que hi ha uns factors que predisposen a generar una situació de maltractament. Leturia i col·ls, a més a més d'aportar intervencions dirigides al personal sanitari, té en compte diversos factors com els administratius i les dels propis residents. Aquestes apaixen a la següent taula:

Figura 11. Actuació front el maltractament institucional

Actuacions administratives	<ul style="list-style-type: none">- Reconèixer que el maltractament institucional existeix i pot donar-se dins de la institució que un gestiona.- Orientar els plans de promoció de la qualitat assistencial cap a la millora de la qualitat de vida dels residents.- Seleccionar i mantenir el personal amb una qualificació adequada per al lloc que ocupa i orientar sobre la tasca a realitzar abans de la seva incorporació laboral- Desenvolupar programes de formació contínua sobre el reconeixement i prevenció de l'abús.- Millorar les ràtios personal - resident per evitar una sobrecàrrega de tasques.- Incentivar al personal mitjançant sous més elevats i reconeixement de la tasca ben feta.
Actuacions sobre el/la	<ul style="list-style-type: none">- Informar la persona resident i la seva família dels seus drets i deures dins de l'entorn residencial.

resident	<ul style="list-style-type: none"> - En cas que la persona resident no sigui competent, informar la família o tutor. - Defensar la persona resident i animar-lo a denunciar els casos de possible maltractament institucional. - Promoure la creació de consells de residents i de familiars dins de la institució.
Actuacions sobre el personal sanitari	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilitzar els treballadors/es sobre el maltractament institucional a través de tallers amb exemples reals de situacions quotidianes dins de la institució. - Afavorir les reunions d'equip per parlar sobre les dificultats en el maneig de situacions quotidianes amb els residents. - Conscienciar que encobrir un maltractament per una lleialtat mal entesa o per altres motius els converteix en còmplices d'un possible delictes i reforça conductes d'aquest tipus.

Font: elaboració pròpia (37)

En resum, cal donar solucions tant professionals com institucionals:

- Les *solucions des de la professió* es basarien en una millora de la coordinació, creació de protocols concrets, evitar el corporativisme, fomentar i transmetre els reconeixement a la feina.
- Les *solucions institucionals* requereixen resoldre l'escassetat de recursos, vigilar i controlar la normativa legal, crear un cens que reculli a la població gran (la seva situació personal...), fomentar i ampliar l'existència d'indicadors de qualitat, millorar i professionalitzar la direcció/gerència dels centres assistencials, elaborar polítiques públiques de dignificació i no de manipulació de la població major, establir criteris clars i definits per a les exigències de formació i especialització en tots i cadascun dels nivells i categories professionals, posar en coneixement dels professionals en què consisteixen les conductes negligents i abusives, i conscienciar al conjunt dels professionals de la gravetat de les conductes negligents i abusives.

El maltractament a les persones grans: bases teòriques pel seu estudi (11)

L'estudi de *Rueda i col·ls*, afirma que en ocasions, els experts denuncien la manca de vigilància i mitjans d'inspecció en aquests centres, sovint amb poc personal i mal qualificat, i l'absència de criteris homogenis de control entre les comunitats autònomes. Aquest proposa possibles actuacions pels professionals:

- Vigilància i control de la legalitat així com indicadors de qualitat davant centres públics i privats.
- Professionalitzar la direcció de centres i hospitals, polítiques públiques de dignificació del major.
- Posar en coneixement de professionals matèria teòrica sobre els maltractaments institucionals residencials com conductes negligents, abusives...
- Obtenir més recursos i protocols d'actuació en cada nivell.
- Garantir professionalitat i coordinació entre professionals amb major grau d'empatia i motivació.

Prevenió de la violència cap los grans. Tres mesures preventives: conscienciació social, formació dels professionals i recolzament de la família (36)

A part de aportar tres mesures preventives per a la prevenció de la violència cap als grans (la conscienciació social, la formació dels professionals i el recolzament a la família), utilitza un apartat exclusivament per la prevenció per part dels cuidadors assalariats.

Comenta que en moltes ocasions, aquests cuidadors tenen manca de preparació per proveir als grans els cuidatges immediats, la falta de sensibilitat fins la problemàtica que genera el pas dels anys, falta de motivació, rutina assistencial, escassos incentius econòmics, baix rendiment professional, falta de selecció de personal per part dels empleats... per tant, no s'assegura que en tots els casos els cuidadors estiguin motivats i preparats pel desenvolupament de la seva labor. Per això, marca les següents propostes:

- Una *formació bàsica* geriàtrica i gerontològica per prevenir el tracte inadequat, negligència i/o maltractaments aportant coneixements, habilitats, destreses i promoure actituds positives cap als grans.
- Un bon *sistema de supervisió professional* és també prioritari, on els cuidadors remunerats trobin un espai d'expressió sobre les seves dificultats, per poder rebre

orientacions per un millor desenvolupament amb persones grans, sobretot quan són dependents.

La guia local per fer front als maltractament de les persones grans (35)

Muñoz i Tabueña de l'EIMA (Associació per a la Investigació del Maltractament a les Persones Grans) creen “*la guia local per fer front als maltractament de les persones grans*” elaborada per encàrrec de l'Àrea d'Atenció a les Persones de la Diputació de Barcelona, que afirma que els maltractaments vers les persones grans vulnerables que tenen lloc en la família o en les institucions, són una realitat complexa i difícil d'entendre, tant per la seva amplitud com per la seva naturalesa i característiques. Per aquest motiu, el fet de millorar la sensibilització de la societat sobre la naturalesa i conseqüències dels maltractaments és una de les mesures més eficients i efectives de la prevenció. Els objectius d'aquesta són:

- Prevenir i evitar l'aparició d'alguna forma de maltractament
- Detectar els possibles casos de maltractament
- Facilitar el tractament tant a les víctimes com als responsables de l'actuació de maltractament

En aquesta guia apareixen diferents intervencions per fer tant prevenció primària, secundària com terciària. Aquestes apareixen a la següent figura:

Figura 12. Prevenció primària, secundària i terciària sobre els maltractaments als ancians

Prevenció	Mètode emprat
Primària <i>Objectiu: intentar que les situacions de maltractament no s'arribin a produir</i>	<p>Sensibilització</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobre el fenomen dels maltractaments, tant dels professionals com de les persones grans i la societat en general. - Informar als mitjans de comunicació d'aquest problema considerant la dimensió informativa, social i educativa. <p>Educació i formació</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realitzar conferències, tallers, programes i assignatures a escoles i universitats (respecte, dignitat, tolerància) - Potenciar la formació als professionals implicats afavorint els cursos d'especialització, jornades, màsters i altres. - Fomentar la recerca sobre el fenomen dels maltractaments a les persones grans.
Secundària <i>Objectiu: aturar o reduir l'evolució de les situacions de maltractament</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures per persones amb capacitat de decidir: document d'auto tutela, les voluntats anticipades, previsions patrimonials i mesures cautelar. - Mesures per persones sense capacitat de decidir: proposta d'incapacitació i posterior designació de la figura tutelar, ingrés involuntari en un centre residencial, intervenir perquè les situacions detectades pugin ser ateses per personal especialitzat, accions de suport i assessorament dirigides als cuidadors que en tenen cura.
Terciària <i>Objectiu: tractament i rehabilitació de les situacions detectades.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Seguiment i avaluació dels programes i altres tasques com la del diagnòstic i la intervenció. - Garantir a les víctimes de maltractament una atenció integral a fi de minimitzar o recuperar-se de les conseqüències tant físiques com psíquiques patides i puguin gaudir d'una bona qualitat de vida.

Font: elaboració pròpia (35)

Els maltractaments a les persones grans: com i qui intervé en el seu abordatge (34)

A la conferència de **Jordi Muñoz**, advocat i membre de l'EIMA, s'explica com donar als professionals unes pautes bàsiques per fer front a aquestes situacions de maltractament i determinar quins elements cal tenir en compte per a una bona praxi abordant tres línies d'actuació:

- **La formació.** L'any 2012, es va fer una formació de 20h als professionals, però no solament als treballadors de residències, sinó també a metges i infermeres, treballadors socials... donant a conèixer la tipologia dels maltractaments, la manera d'analitzar-los i abordar-los a nivell inter disciplinar i no solament a nivell sanitari, serveis socials o seguretat.

Tres anys més tard, a l'any 2015 es fa més formació amb la finalitat de concretar protocols en els diferents territoris de Catalunya, ja que cada territori té les seves necessitats. Actualment s'ha realitzat el protocol d'Anoia, Alt Penedès i Maresme on s'agrupen les pautes a seguir després de la detecció d'un maltractament.

- **La sensibilització.** A part de la formació, també opta per la sensibilització poblacional ja que la manca de coneixement fa que no es pugui fer la prevenció adient. No es pot prevenir allò que no es coneix.
- **La intervenció.** També aconsella seguir una guia en cas de maltractaments per poder actuar correctament en cada cas.

Atenent al sector de l'activitat estudiada, són la conscienciació i formació professional les que destaquen com la eina per reduir el maltractament institucional en molts programes d'activitats.

8. Intervenció

Després de revisar tota la bibliogràfica, s'ha arribat a la conclusió que la *prevenció* és la millor estratègia per disminuir el maltractament institucional, millorar la qualitat de vida de les persones institucionalitzades i promoure un bon tracte, evitant comportaments que vulnerin els drets de les persones grans.

És per això que la intervenció d'aquest projecte s'acota a fer prevenció primària a les residències geriàtriques mitjançant la *formació professional*. No obstant, com que la principal dificultat és la manca de sensibilitat del problema i la negació de la seva existència, és primordial que, abans de res, s'admeti que en qualsevol institució es pot produir violència, ja que la negació d'aquesta possibilitat impedirà qualsevol activitat preventiva (36).

En l'àmbit institucional s'aborden totes aquelles situacions de maltractament que es produeixen en l'espai de les institucions, ja siguin casals, centres residencials o socio sanitaris, públics o privats. D'aquesta manera, els maltractaments poden ser exercits tant per persones professionals de les institucions, com per persones membres de la família, persones amigues, o bé altres persones residents a la mateixa institució (18). En aquest cas, sol es centrarà la formació amb els professionals dels centres residencials.

8.1. Els recursos previstos

Per poder dur a terme les activitats programades, són necessaris diferents recursos:

Els *recursos humans*, que inclou a totes les persones docents de la intervenció. S'hauria de formar un grup de treball per unificar criteris a l'hora de escollir la persona indicada, que en aquest cas, hauria de ser algun professional de la salut expert en la matèria, així com de la rama d'infermeria, de psicologia, de medicina, de treball social...

Els *recursos metodològics*, que són aquells coneixements o tècniques, que ajuden planificar, gestionar, organitzar i avaluar la intervenció plantejada.

I els *recursos materials*, com és el material audiovisual, que inclou un ordinador i un projector, material d'impremta i papereria com folis, cartolines, retoladors, bolígrafs..., i per últim, l'espai per fer les activitats, com ara una sala de la mateixa residència que permeti realitzar-se el programa de formació professional.

8.2. La execució de la intervenció

La intervenció plantejada és una proposta per dur-la a terme a curt i llarg termini, segons les circumstàncies. Cal dir però, que per tal d'aconseguir l'èxit del programa i per poder aconseguir una implicació important dels participants, s'ha de fer una adequada divulgació, així com habilitar un espai de temps durant els dies en que es duguessin a terme les sessions, per tal que el personal assistent en qüestió, poguessin dedicar-s'hi sense que això repercutís en el seu horari laboral.

Per poder presentar l'estudi, es convocaria als professionals un dia, mitjançant un correu electrònic, per poder explicar l'estudi personalment. Es proposaran diferents horaris, per tal d'aconseguir la major assistència possible (39). Una vegada fet, es donarà la possibilitat d'inscriure's al programa mitjançant un correu electrònic. A més, se'ls s'entregarà una fulla informativa de l'estudi, tant als residents (*veure annex 5*) com als professionals (*veure annex 6*), i se'ls explicarà en que consisteix la seva intervenció; se'ls farà saber que les seves dades són confidencials i únicament s'utilitzaran per la realització de l'estudi. Posteriorment hauran de firmar un consentiment informat (*veure annex 7*) per reconèixer que han sigut informats i volen participar en l'estudi. També es farà saber que és totalment voluntari i que podran abandonar l'estudi, si així ho desitgen.

Els professionals que decideixin participar, una vegada firmada la seva autorització, rebran un correu electrònic amb el qüestionari MBI per la seva complementació i posterior reenviament. En quan als residents a participar, també hauran de complimentar el qüestionari EASI abans de començar la intervenció. Una vegada realitzats els qüestionaris, es proposa el següent programa d'activitats:

8.3. Formació professional

El programa es planteja com un conjunt d'activitats, impartit per professionals experts en la matèria, dirigit als professionals que treballen amb persones grans a les residències i centres de dia. La formació professional es realitzarà progressivament durant un total de 8 sessions amb mesures repetides als sis mesos post-intervenció. El principal objectiu és garantir formació sempre acompanyada de feedback entre emissor i receptor. La productivitat de l'ús del feedback és verdadera quan la interacció existeix, tenint com a finalitat: **evolucionar com a professionals**. El feedback és crucial per tal d'avaluar i poder evolucionar (40).

Figura 13. Programa d'activitats

Sessions	Títol	Activitats
Sessió 1	Presentació del programa i introducció	<ol style="list-style-type: none"> 1. Objectius del programa 2. Què és el maltractament institucional? Conceptes bàsics.
Sessió 2	Els drets dels nostres residents, què en pensem?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoció i garantia dels drets en l'àmbit residencial. 2. Què pensem sobre els nostres residents? Mites i estereotips difosos sobre la vellesa.
Sessió 3	Conscienciació de la possible existència de maltractament institucional	<ol style="list-style-type: none"> 1. La violència institucional residencial també existeix? Dades estadístiques. 2. Anàlisis i discussió de diferents situacions de violència.
Sessió 4	Els factors de risc	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per què es produeixen maltractaments? 2. El síndrome de Burnout. Si tu estàs bé, ells també ho estaran.
Sessió 5	La posada en comú	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intercanvi d'experiències (Exposició de diferents situacions estressants). 2. Humanitzar el bon tracte amb els residents (solucions per situacions estressants).
Sessió 6	Les conseqüències del tracte indegut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rols playing de situacions de violència 2. Què pot arribar a passar?
Sessió 7	El síndrome de Burnout	<ol style="list-style-type: none"> 1. Què és el síndrome de Burnout? 2. Existeix entre els professionals sanitaris de les residències?
Sessió 8	El síndrome de Burnout	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultats anònims dels qüestionaris MBI. 2. Què podem fer per evitar-ho?

9. Cronograma

A continuació es presenta el cronograma d'activitats dut a terme pel projecte i el desenvolupament de les diferents activitats:

Figura 14. Fases i estructura de l'estudi

	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
Assignació tutor	Primer contacte tutoria	Plantejament i justificació del tema	Realització de tutories: orientació, acompanyament i resolució de dubtes.						
Cerca bibliogràfica	Documentació sobre el tema		Revisió bibliogràfica						
Disseny i elaboració del projecte	Elaboració índex de continguts	Contextualització i plantejament d'objectius	Realització del marc teòric			Metodologia i justificació	Discussió, conclusions i altres apartats		
			Revisió i avaluació d'objectius			Creació de la intervenció	Correcció del tutor i revisió ortogràfica i gramatical		
Entrega del TFG								Presentació escrita	Presentació oral
								Guia de presentació de treballs de la UdL.	

10. Avaluació de la intervenció

Amb la finalitat de donar resposta als objectius plantejats, es proposa una forma d'avaluar la intervenció indicant els mecanismes adequats per avaluar la efectivitat de la intervenció:

Objectiu principal: *Disminuir el maltractament institucional que pateixen els usuaris de les residències geriàtriques en qualsevol de les seves variants.*

Per una banda, per avaluar aquest objectiu a curt termini, és convenient que, a través del qüestionari EASI, dirigit als usuaris seleccionats de les residències, es quantifiqui el nombre de sospites de maltractaments abans la intervenció, per a que després d'aquesta, es torni a passar el mateix qüestionari i es puguin comparar els resultats en els dos moments. Aquesta avaluació ha de realitzar-se deixant passar un temps prudencial, almenys dos mesos, com ho fan diversos estudis (41), per a que els professionals posin en pràctica la formació que han rebut. És a dir, una vegada transcorregut aquest temps, s'ha de tornar a passar el EASI als usuaris per poder-ho comparar amb els resultats inicials.

Per un altra banda, per poder avaluar-ho a llarg termini, i observar si perdura en el temps, s'ha de tornar a passar el test EASI però transcorregut un altre temps determinat, en aquest cas, 12 mesos, una vegada conclòs el projecte. És la millor forma de veure la dimensió de l'impacte del projecte i la seva durabilitat i fortalesa.

Referent als objectius específics:

Conèixer la prevalença de sospita de maltractament dels usuaris de les residències geriàtriques.

Per conèixer el nombre de sospites de maltractaments a les residències és necessari utilitzar el mateix qüestionari que per l'objectiu principal, l'EASI.

Identificar el grau de Síndrome de Burnout dels professionals que atenen als usuaris de residències geriàtriques com a factor de risc de maltractament.

Per detectar l'existència d'aquest Síndrome als professionals sanitaris, cal utilitzar el qüestionari MBI abans de realitzar la intervenció.

Estudiar la relació entre el Síndrome de Burnout i el maltractament institucional a les residències geriàtriques.

Quan es tracta de fer un anàlisi bivariable, primerament s'han de classificar aquestes variables en qualitatives o quantitatives. En aquest cas, al poder-les quantificar (el síndrome de Burnout mitjançant el qüestionari MBI i el maltractament als usuaris mitjançant el qüestionari EASI), es tracta de comparar dues variables quantitatives mitjançant l'anàlisi de regressió lineal (42).

Per simplificar la interpretació de les variables en qüestió, de tal manera que la classificació en categories faciliti la presa de decisions, és necessària la categorització de les variables, és a dir, la conversió d'una variable quantitativa a qualitativa. La elecció del número i valors dels punts de tall pot efectuar-se d'acord a criteris ja establerts per treballs anteriors. El mètode més utilitzat per la elecció dels punts de tall es basa en escollir els valors dels quartils o dels percentils específics de la distribució de les dades de l'estudi. (43).

11. Consideracions ètiques i legals

Amb l'objectiu primordial de respectar els requisits ètics i jurídics que tot estudi d'investigació científic ha de complir, es tindran en compte els aspectes recollits a la *figura 14*:

Figura 15. Consideracions ètiques i legals de l'estudi

Article 8 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (44)	<p>És primordial garantir la informació per al possible participant en un estudi de recerca i obtenir l'acreditació del seu consentiment.</p> <p>El consentiment informat és la decisió que ha de figurar per escrit i estar datada i firmada, de participar en un estudi adoptada voluntàriament per una persona capaç de donar el seu consentiment després d'haver sigut degudament informada i documentada de la seva naturalesa, importància, implicacions i riscos.</p>
Article 1 de la llei Orgànica de protecció de Dades de Caràcter Personal RD 15/1999 (LOPD) (45)	<p>S'ha de garantir la confidencialitat de la informació segons la LOPD amb l'objectiu de garantir i protegir, referent al tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques, i especialment del seu honor i intimitat personal i familiar.</p>
Autorització pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) (46)	<p>El CEIC és un organisme independent, construït per professionals sanitaris i membres no sanitaris, encarregat de velar per la protecció dels drets, seguretat i benestar dels subjectes que participin en un estudi i d'oferir garantia pública al respecte, mitjançant un dictamen sobre el protocol de l'estudi, la idoneïtat dels investigadors i de l'adequació de les instal·lacions, així com els mètodes i els documents que vagin a utilitzar-se per informar als subjectes de l'estudi amb la finalitat d'obtenir el seu consentiment informat (47). En aquets cas, no és un projecte de recerca clínica, ja que no hi ha cap intervenció clínico-mèdica; no cal recollir dades de salut ni hi ha presa de mostres de persones. Per tant, aquest estudi no entra dins dels estudis que requereixin valoració per part d'un CEIC.</p>

<p>Article 60.2 de la Llei 7/2006, de 31 de maig, d'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals, atribueix als consells de col·legis professionals l'elaboració d'un codi deontològic i de bones pràctiques per al bon exercici de la professió.</p>	<p>Les professions que treballen amb persones i per les persones s'han dotat històricament amb codis deontològics per regular d'una manera fonamentada la presa de decisions, especialment quan sorgeix un conflicte. Atès que el context social i cultural evoluciona i varia, cal revisar periòdicament els codis per tal d'adequar-los a les noves situacions i als nous valors socials i professionals emergents. I així ho va fer el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.</p>
<p>Compliment de les normes de bona pràctica clínica en la recerca en ciències de la salut de l'ICS (47)</p>	<p>Les normes de bona pràctica clínica (BPC) són els requisits internacionals de qualitat ètica i científica pel disseny, la realització, el registre i la redacció d'informes dels assaigs en què participin subjectes humans. Garanteixen la protecció dels drets, la seguretat i el benestar dels subjectes de l'assaig d'acord amb els principis de la Declaració d'Hèlsinki, i la credibilitat dels resultats de l'assaig clínic.</p> <p>En una primera fase, els principis bàsics d'autonomia, beneficència, no maleficència i justícia han presidit les recomanacions de les guies de bones pràctiques. D'altra banda, la introducció d'aquests principis ha fet necessari que, en una segona fase, es presti atenció a les pràctiques habituals del personal investigador. Termes com pertinença, objectivitat, honestat, etc. ja són presents en el bon govern de la recerca o en la integritat del procés investigador.</p>
<p>Carta de presentació de l'estudi</p>	<p>Abans de dur a terme el programa de formació professional, és vital i d'obligació entregar una carta de presentació de l'estudi a les institucions escollides, escrita per l'investigador responsable, (<i>veure annex 4</i>) per poder aconseguir l'autorització de la residència.</p>

12. Discussió

Durant la realització d'aquest treball, s'ha corroborat la existència del maltractament institucional, sent un problema en creixent augment. Quan els pacients envelleixen, es sumen diferents problemes que els fan ser més vulnerables a patir maltractaments.

D'acord amb la bibliografia existent, la millor estratègia per disminuir els maltractaments a les residències, evitant comportaments que vulnerin els dret d'aquestes persones, és la *prevenció*. Per tant, per reduir el nombre de casos, s'ha plantejat un *programa de formació* als centres residencials; als domicilis particulars és més difícil poder-hi accedir.

A més, d'acord amb l'article 33 de la llei d'ordenació de les professions sanitàries (48), la formació continuada és un dret i una obligació de tots els professionals sanitaris, amb l'objectiu d'actualitzar i millorar els coneixements, habilitats i actituds dels professionals sanitaris. És interessant destacar el primer objectiu d'aquest article per garantir l'actualització dels coneixements dels professionals i la permanent millora de la seva qualificació, així com incentivar-los en el seu treball diari i incrementar la seva motivació professional.

Vista la importància legal d'aquesta intervenció, l'aplicabilitat pràctica d'aquest estudi és possible però, és verdaderament important que el professional estigui capacitat per comprendre tota la complexitat del problema.

Amb la realització de la intervenció plantejada, primerament es desitja conscienciar i formar als professionals que treballen a diari amb els usuaris de les residències, i una vegada acabada la intervenció, gràcies a les activitats impartides, es pretén aconseguir l'objectiu i garantir un millor cuidatge i tracte cap aquets. Per justificar que aquesta intervenció és capaç de disminuir els maltractaments a les residències, es basa en la bibliografia adjuntada anteriorment (Veure apartat 8.4) que afirma que combinant aquestes dues mesures, es poden trobar millores.

Malgrat això, tota intervenció es pot trobar amb certes limitacions a l'hora de dur-la a terme a la realitat i és per això queda constància al següent apartat.

13. Limitacions de l'estudi

Aquest ítem està referit als aspectes que, d'alguna manera, afecten a la realització de l'estudi. En aquest apartat queda constància de totes les limitacions que s'han anat presentant al llarg de la realització del treball (6,11):

La limitació més important és la *fidelitat i veracitat de les dades*, per tractar-se d'un treball amb un component subjectiu molt important. És difícil qüestionar la feina dels professionals, ja que no només neguen l'existència de conductes poc apropiades, sinó que, en la majoria dels casos, tampoc són conscients que amb la seva actuació poden provocar situacions de negligència o maltractaments. Per tant, al no ser conscients de la situació, es minimitza la gravetat de la situació.

Pot existir la possibilitat de pensar que aquest projecte sigui massa utòpic, a causa de l'escassa consciència social del problema, al seu desconeixement i negació per part dels cuidadors i treballadors, de l'escassa formació en maltractaments en totes les categories professionals, i perquè és un col·lectiu diana molt vulnerable i exposat a patir maltractaments.

La *naturalesa de l'objecte d'investigació* també és una limitació important ja que el maltractament a la gent gran és un tema que habitualment es troba amb força dificultats per a la seva detecció (qüestions de privacitat, d'ocultació o simplement que a vegades no és obvi ni per la pròpia víctima), per la qual cosa és bastant difícil calcular la prevalença del maltractament en ser un fenomen ocult o amagat.

El desconeixement sobre el nombre de casos no detectats o no denunciats i que arribarien a ser una majoria calculada en un 80 %, indica que només són notificats entre 1/6 i 1/15 dels casos. La limitació d'informació sobre les dades estadístiques dels maltractaments és un aspecte que ha dificultat la contextualització del tema.

A més, els *problemes per seleccionar la mostra de l'estudi* són evidents, atès que la majoria dels estudis d'investigació reconeixen que la gent gran seleccionada per la mostra són, o bé persones autònomes, o bé que no tenen dificultats per entendre i respondre, deixant de banda a les persones grans amb greus problemes de dependència o demenciades, persones que d'altra banda són les que major risc tenen de patir determinades formes de

maltractament, pel que en molts casos les mostres són esbiaixades i així ho reconeixen els seus autors.

La limitació de les *característiques dels centres residencials* també pot ser una limitació importants, sobretot a l'hora de poder posar en marxa el programa d'activitats. En molts centres, ni tan sols és possible que es plantegi propostes de millora que contribueixin a millorar la qualitat de les cures prestats, a causa de la rutina de la feina, l'escassetat de temps i de personal, i la massificació de moltes residències.

Per últim, afegir la existència de verdaderes dificultats per *distingir situacions abusives o de maltractament* d'altres excepcional. De vegades els mateixos investigadors reconeixen les dificultats per diferenciar una situació excepcional (un crit, una immobilització...) d'un maltractament.

14. Noves línies d'investigació

En el projecte d'investigació es plantegen noves àrees d'interès que poden constituir una nova perspectiva de treball, atès que el tema sobre el que s'ha desenvolupat el projecte és un espai en el que es poden convergir moltes línies d'investigació.

Una línia d'investigació interessant seria realitzar un programa d'intervenció per formar també als cuidadors informals, majoritàriament, als familiars o cuidadors principals de les víctimes, atès que la majoria de maltractaments es produeixen al domicili, que és el lloc on més resideixen.

També s'ha detectat la necessitat de fer estudis per conèixer i tenir en compte les preocupacions i els sentiments de les persones grans residents en institucions, així com les experiències dels familiars, dels professionals i els empleats que s'ocupen de les cures (10).

Per últim, la última proposta d'investigació que es planteja, és la de comparar la opinió dels usuaris de les residències geriàtriques amb la dels professionals sanitaris que els atenen sobre el maltractament institucional residencial.

15. Conclusions

Les persones grans formen un col·lectiu cada vegada més gran, que sovint està exclòs de la societat degut, en gran part, als prejudicis que es tenen sobre dites persones.

Malauradament, en nombroses ocasions reben un tracte poc digne, arribant a ser víctimes del maltractament per la relació existent entre dependència i ancianitat. Per tant, es pot afirmar que la violència cap a les persones grans és una realitat present.

El maltractament és evident en diferents àmbits, sent l'institucional un d'ells, doncs aquest pot produir-se amb facilitat, per la falta d'atenció, la por a equivocar-se o a la falta de formació. Institucionalment és comú el maltractament psicològic i per negligència o omissió, on la indiferència dels professionals, la infantilització o la sobreprotecció, poden afectar de manera negativa al pacient.

Per tant, és vital la implicació de tots els professionals per evitar aquesta situació. Després de valorar la millor manera de disminuir aquest problema, la eina més eficaç existent a la bibliografia és la formació professional, amb la intenció de facilitar estratègies per tal de prevenir conductes negatives.

A més a més, la formació professional ajudarà a conscienciar als professionals de l'existència del maltractament en institucions; és més freqüent del que es creu i es produeix diàriament en moltes de les institucions que assumeixen la cura dels més grans.

La realització d'aquest projecte permetrà comprovar l'eficàcia de la formació professional als treballadors de les residències d'avis. De confirmar-se, es podria implantar a la resta de residències lleidatanes, per poder disminuir el maltractament institucional que pateixen els usuaris de les residències geriàtriques a la província de Lleida.

S'ha de ser conscient que les persones grans es mereixen una bona atenció durant l'etapa de la vellesa, que és una obligació de tots, tant dels professionals que hi treballen com de la mateixa societat, de contribuir a que no es toleri cap tractament que vulneri els drets de l'esser humà ni altres formes més dèbils de violència en la vida diària i menys en serveis que han de garantir el respecte i el benestar de les persones grans.

Per últim, afegir que la experiència d'aquest treball ha servit per enfortir els coneixements adquirits i destacar que existeix un llarg camí per recórrer en el tema del maltractament i especialment quan les persones que el pateixen són els adults grans, per la qual cosa es fa necessari comptar amb més investigacions i publicacions sobre aquest tema.

Com a futurs professionals d'infermeria, esta clar que som i serem una part fonamental i necessària en el cuidatge de les persones, així com de les persones grans. Som, en gran part, els responsables d'aquest repte.

16. Referències bibliogràfiques

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Ginebra; 2003.
3. Priscilla L, Burke K. Salud y enfermedad en el paciente adulto. In: Prentice Hall, editor. Enfermería medicoquirúrgica Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4th ed. 2004. p. 28–34.
4. OMS. El envejecimiento [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 25]. Available from: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
5. Organització mundial de la Salut. El maltrato de los ancianos [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 7]. Available from: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/
6. Gómez Alonso F. El maltrato a las personas mayores. Sociedad. 2002;26–31.
7. Pinazo Hernandis S. Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. Soc y Utopía Rev Ciencias Soc. 2013;(41):252–82.
8. Acuña MR. Maltrato institucional a adultos mayores. Gerokomos. 2012;23(4):169–71.
9. Associació per a la Investigació del Maltractament a l’Ancià. Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans. Fundació Viure i Conviure; 2007.
10. Protocol marc i orientacions d’actuació contra els maltractaments a les persones grans. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família; 2012.
11. Rueda J, De la Red Vega N, Vega C, Nieto M, Niño V, Arquiaga R, et al. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Junta de Castilla y León.

- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales., editor. Castilla y Leon: Universidad de Valladolid; 2008.
12. Muñoz J. Personas mayores y malos tratos. Ediciones Pirámide, editor. 2004.
 13. De Paul J, Larrión J, Morera B, Bazo M, Orbegozo A, Montesino S. El Maltrato de personas mayores: detección y prevención des de un prisma criminológico interdisciplinar. De la Cuesta Arzamendi J, editor. Donostia: Instituto Vasco de Criminología; 2006.
 14. Cordero J, García S, Rodríguez I, Santana D, Fragoso O, Fernández O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. Rev Electrónica las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2010;8(4):78–89.
 15. Medina R. Violencia hacia el anciano. GeriatricArea. 2015.
 16. Soto M, Pineda M. Aspectos éticos del cuidado de los ancianos. Escuela Un. 2003.
 17. Tabueña Lafarga C. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. Interv Psicosoc. 2006;15(3):3.
 18. Tabueña M, Sinergies S. Protocol marc per a un abordatge coordinat de les situacions de maltractament vers les persones grans. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania; 2010.
 19. Giró Miranda J. La violencia hacia las personas mayores [Violence against the elderly]. Trab Soc Hoy. 2014 May 31;72(Segundo Cuatrimestre):23–38.
 20. Rueda J, Martin F. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. Alternativas. Valladolid: Universidad de Valladolid. Departamento de Sociología y Trabajo Social; 2011;18:7–33.
 21. Grau Alberola E. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. Universitat de València, editor. [València]: Departament de psicologia social i de les organitzacions; 2008. p. 1–483.

22. Hobertuz G. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del país vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, editor. 2011.
23. Pérez-Rojo G, Sancho Castiello MT, Aranda Jaquotot MT. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008 May;43(3):180–8.
24. Pérez-Rojo G, Izal M, Sancho MT. [Linguistic and cultural adaptation of two tools for the detecting suspected elder abuse]. *Rev española Geriatr y Gerontol*. 45(4):213–8.
25. Roberts RK, Grubb PL. The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. *Rehabil Nurs*. 39(2):62–9.
26. Roth E, Pinto B. Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*. 2010;8(2):62–100.
27. Olivares V, Gil-Monte P. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del “Maslach Burnout Inventory” (MBI). *Cienc Trab*. 2011;11(31):160–7.
28. Consejo General de la Psicología. Evaluación del cuestionario CESQT. Madrid; 2011.
29. Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex*. 2002;44(1):33–40.
30. José M, Olmo MM, Pérez-giménez A, Nebot M. Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. *Gac Sanit*. 2011;25(Supl 1):9–16.
31. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. *Rev Epidem Med Prev*. 2003;1:3–7.
32. Yaffe M, Wolfson C, Lithwich M, Weiss D. Desarrollo y validación de una herramienta para mejorar la identificación médico de maltrato a personas mayores: La sospecha de abuso de mayores Índice (EASI). *J elder Abus*. 2008;20(3):276–300.

33. Lobo A. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Alzheimer y demencia. 2001.
34. Muñoz J. Conferència: “Els maltractaments a les persones grans: com i qui intervé en el seu abordatge.” Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015.
35. Tabueña M, Muñoz J. Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans. Barcelona: Associació per la investigació del maltractament a les persones grans; 2012.
36. Paniagua R. Prevención de la violencia hacia los mayores. Tres medidas preventivas: concienciación social, formación de los profesionales y apoyo a la familia. *Miscelánea Comillas*. 2010;68:241–68.
37. Leturia F, Etxaniz N. Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato. Ararteko; 2008.
38. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial. Guía de buenas prácticas en enfermería. Cómo enfocar el futuro de la enfermería. Madrid: investén; 2005.
39. Sáez S, Font P, Pérez R MF, editor. Promoción y educación para la salud. Conceptos, metodología, programas. 2nd ed. Lleida: Milenio; 2007.
40. Fornells J, Julià X, Martínez J. Feedback en educacion médica. *Educ Med*. 2008;11(7):7–12.
41. Oliva Rodríguez R, Tous Romero M, Gil Barcenilla B, Longo Abril G, Pereira Cunill JL, García Luna PP. [Impact of a brief educational intervention about nutrition and healthy lifestyles to school students given by a healthcare provider]. *Nutr Hosp*. 2013;28(5):1567–73.
42. Fachelli S, López-Roldán P. Metodología de la investigación social cuantitativa. 1st ed. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.

43. Molinero LM. Elección de los puntos de corte para convertir una variable cuantitativa en cualitativa. Asociacion de la Sociedad Española de Hipertension; 2003.
44. Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. 2002 p. 540–6.
45. Ley Orgánica 15/1999 , de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. España: Legislación Consolidada; 2011 p. 1–21.
46. Ministerio de sanidad y consumo. 2004.
47. Comitè de Directores Científicos del ICS. Guía de bona pràctica en la recerca en ciències de la salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2004.
48. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenacion de las profesiones sanitarias. 2014 p. 1–29.

Annex 1. Test MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados sobre su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No hay respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

En cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene este sentimiento de la siguiente manera:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana

Señale el número que considere más adecuado:

	ÍTEMS	1	2	3	4	5
A. E	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R. P	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas					

	a las que tengo que atender					
A. E	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R. P	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A. E	13. Me siento frustrado por mi trabajo					
A. E	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas con las que tengo que atender profesionalmente					
A. E	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D	22. Me parece que los beneficios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					

Les claus per a la interpretació d'aquest qüestionari són:

- Sub escala d'esgotament emocional: valora la vivència d'estar exhaust emocionalment per les demandes del treball. Puntuació màxima 54.
- Sub escala de despersonalització: valora el grau en què cada un reconeix actituds de fredor i distanciament. Puntuació màxima 30.
- Sub escala de realització personal: avalua els sentiments d'auto eficàcia i realització personal en el treball. Puntuació màxima 48.

Aquestes tres escales tenen una gran consistència interna, considerant-se el grau d'esgotament com una variable contínua amb diferents graus d'intensitat. Puntuacions altes, en les dues primeres sub escales i baixa a la tercera defineixen la presència la síndrome.

Els subjectes per sobre del percentil 75 s'inclouen en la categoria "alt", entre el percentil 75 i el 25 en la categoria "mitjà" i, per sota del percentil 25, a la categoria "baix". Mentre que en les sub escales d'esgotament emocional i despersonalització, puntuacions altes corresponen a alts sentiments d'estar cremat, a la sub escala de realització personal en el treball baixes puntuacions corresponen a alts sentiments de cremar-se.

Annex 2. Test Pfeiffer

Realitze las preguntas de la siguiente lista y senyale con una “X” las respstas incorrectas:

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Quién es el actual presidente del País?	
¿Quién fue el presidente antes de él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
Total de errores	

Puntuen els errors, 1 punt per error. Una puntuació igual o superior a tres indica deteriorament cognitiu. En aquest cas , s'han de valorar criteris de demència.

- 0-2 errors : normal
- 2-4 errors : lleu deteriorament cognitiu
- 5-7 errors : moderat deteriorament cognitiu, patològic
- 8-10 errors : important deteriorament cognitiu

Si el nivell educatiu és baix (estudis elementals) s'admet un error més per a cada categoria .

Si el nivell educatiu és alt (universitat) s'admet un nivell menys.

Annex 3. Test *EASI*

L'EASI és un instrument que permet obtenir un Índex de Sospita de Maltractaments vers a les Persones Grans. Consta de 5 preguntes dirigides a la persona gran, i una darrera pregunta dirigida a la persona professional que realitza l'entrevista:

Fecha:

Nombre del EVALUADOR

¿La persona mayor rechaza la participación?

☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, explicar el motivo del rechazo:

Nombre y apellido de la PERSONA MAYOR	
Edad: _____ años	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> En Pareja <input type="checkbox"/> Otros _____ (determinar)	Con quién convive <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con el cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> Con un compañero de habitación <input type="checkbox"/> Con hijo(s) ¿Cuántos?: _____ hijos <input type="checkbox"/> Con nieto(s) ¿Cuántos?: _____ nietos <input type="checkbox"/> Con otros familiares: _____ (determinar) <input type="checkbox"/> Con un cuidador pagado <input type="checkbox"/> Otra forma: _____ (determinar)
Nivel educativo: <input type="checkbox"/> Analfabetismo <input type="checkbox"/> Aprendizaje elemental no formal: leer y escribir <input type="checkbox"/> Primarios incompletos (inferior a la Educación Primaria) <input type="checkbox"/> Primarios Completos (Educación Primaria) <input type="checkbox"/> Secundaria/Bachiller/Formación Profesional incompleta (sólo algunos años) <input type="checkbox"/> Secundaria/Bachiller hasta COU o FP Completa <input type="checkbox"/> Estudios universitarios <input type="checkbox"/> Otro: _____ años de estudios	

Enfermedades de la persona mayor (enumerar):

¿Cómo considera que es el estado de salud de la persona mayor?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy mala

A continuación aplique el cuestionario MEC. Puntuación del MEC

NOTA PARA EL PROFESIONAL:

Con una puntuación del MEC igual o menor de 23 existe deterioro cognitivo. Finaliza la entrevista.

Nombre cuidador: _____

Teléfono cuidador: _____

Con una puntuación en el MEC igual o mayor a 24 no existe deterioro cognitivo. Continúe la entrevista.

ANTES DE APLICAR EL ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO EL PROFESIONAL DEBE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Es ésta su primera consulta con este paciente? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sospechado en algún momento que la persona mayor a la que va a evaluar puede estar sufriendo algún tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, económico, negligencia)?

☐ Sí ☐ No

¿Por qué? (Por ejemplo, indicadores observados, informado por otro profesional):

En caso de respuesta afirmativa indique el tipo de maltrato (Marque todas las opciones que considere necesarias)

☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Económico ☐ Negligencia

Instrucciones que se dan a las personas mayores para aplicarle el cuestionario: "A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos solamente en lo que haya sucedido en el último año."

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Se pone un ejemplo a la persona mayor para centrarla en el tiempo en el que estamos interesados que haga referencia con sus respuestas, por ejemplo, si el cuestionario se aplica en enero se le dice, "Si nosotros estamos en *enero*, me gustaría que sus respuestas se refirieran al período comprendido entre enero del año pasado y *enero* de este año".

1. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

◆ En caso de respuesta afirmativa,

• ¿Quién se la ha proporcionado? _____

• ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

☐ Sí ☐ No

• ¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas? _____

◆ En caso de respuesta negativa,

• ¿La ha necesitado? ☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

• ¿Por qué no la ha recibido? _____

2. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audifono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

3. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

4. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

5. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?

☐ Sí ☐ No ☐ No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐ Una ocasión ☐ Algunas veces ☐ Bastantes veces ☐ Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-5) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle, ¿quién es la persona responsable de cada una de estas situaciones?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Al terminar hay que comentar a la persona mayor que es posible que la llamen por teléfono para citarla otro día para saber cómo se encuentra, si ha cambiado algo en su situación actual, etc. Si la persona mayor es cuidada por otra persona se pregunta a ese cuidador (familiar o no) que estamos realizando un estudio y que nos gustaría saber cómo se siente y afronta la situación de cuidado, por lo que es probable que le llame para entrevistarle.

Teléfono de la persona mayor: _____

Teléfono del cuidador: _____

LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.

6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?

☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

En caso de respuesta afirmativa indique por qué: indicadores actuales, historia previa, etc.

En caso de respuesta afirmativa, ¿qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que considere necesarias

☐ Físico ☐ Psicológico ☐ Sexual ☐ Económico ☐ Negligencia

6b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? _____

NOTA PARA EL PROFESIONAL: "Por favor anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor":

S'entendrà que hi ha sospita de maltractament en aquells casos en què s'obtingui una resposta afirmativa en qualsevol de les dues parts de les preguntes 2, 3, 4 i 5. En relació a la pregunta 1, s'entendrà que existeix una sospita de maltractaments si s'obté una resposta afirmativa a la segona part de la pregunta.

Annex 4. Model de carta de presentació de l'estudi

Estimat/da Sr/a,

Jo, Janette Sangrà Medina, estudiant de 4rt d'Infermeria de la Universitat de Lleida, em dirigeixo a vostè per presentar-li un projecte anomenat: *“El camí cap a la excel·lència en cures de geriatria: una proposta d'intervenció per reduir el maltractament a les institucions residencials”*.

En aquesta proposta es detalla un pla d'acció per aconseguir disminuir el maltractament institucional que pateixen els usuaris de les residències geriàtriques en qualsevol de les seves variants. La intervenció que s'ha proposat es basa en conscienciar sobre el problema detectat i impartir formació professional a tot el personal sanitari que treballa a la residència per posteriorment poder avaluar la seva efectivitat. És per aquest motiu que demano la seva autorització per poder dur a terme aquesta intervenció.

Moltes gràcies per la seva atenció.

Atentament,

Lleida, 13 de maig de 2016

Sr/Sra com a director/a del centre, amb DNI.....

CERTIFICO:

Que ha rebut i estudiat la proposta efectuada per la Sra. Janette Sangrà Medina, estudiant del 4t curs del grau d'infermeria de la Universitat de Lleida, per a realitzar en aquest centre el projecte anomenat: *“El camí cap a la excel·lència en cures de geriatria: una proposta d'intervenció per reduir el maltractament a les institucions residencials”*.

Autoritzo la realització del projecte, sempre i quan es garanteixi la protecció de dades personals mitjançant la legislació vigent i es respectin els principis ètics de beneficència, autonomia i no maleficència dels pacients.

Signatura

Data i lloc

Annex 5. Full d'informació als residents

Títol de l'estudi: El camí cap a la excel·lència en cures de geriatria: una proposta d'intervenció per reduir el maltractament a les institucions residencials.

Investigador: Janette Sangrà Medina. Estudiant del Grau d'Infermeria. Facultat d'infermeria i fisioteràpia de la Universitat de Lleida.

Aquest document té com objectiu oferir informació sobre un estudi d'investigació en el que se li invita a participar.

Si decideix participar, ha de rebre informació personalitzada de l'investigador, llegir abans aquest document i fer totes les preguntes que precisi per comprendre els detalls sobre el mateix. Si així ho desitja, pot dur el document, consultar-ho amb altres persones, i prendre el temps necessari per decidir la seva participació.

La participació en aquest estudi és completament voluntària. Vostè pot decidir no participar o, si accepta fer-ho, canviar d'opinió retirant el consentiment en qualsevol moment sense obligació de donar explicacions.

Quin és el propòsit de l'estudi?

El propòsit de l'estudi consisteix en disminuir el maltractament institucional que pateixen els usuaris de les residències geriàtriques en qualsevol de les seves variants mitjançant un programa d'intervenció amb l'objectiu de formar i conscienciar sobre el problema potencial.

Per què m'ofereixen participar a mi?

La selecció de les persones invitades a participar depèn d'uns criteris que estan descrits al treball. Aquests criteris serveixen per seleccionar a la població en la que es respondrà l'interrogant de la investigació. Vostè es invitat a participar perquè compleix aquest criteris.

En què consisteix la meva participació?

Si decideix participar a l'estudi, haurà de complimentar el qüestionari Índex de sospita de maltractament cap a les persones grans o Elder Abuse Suspicion Index (EASI). És un instrument desenvolupat i validat per un equip d'investigació de la Universitat McGill que consisteix en sis preguntes breus i directes (cinc preguntes per la persona gran i una pel professional) amb una durada de dos minuts de mitja. Per a que no pugui ser identificat/da, se li assignarà un codi alfanumèric que determinarà l'investigador principal.

Quins riscos o inconvenients té?

La seva participació no té cap risc. La documentació obtinguda serà tractada seguint les normes ètiques i legals vigents, assegurant en tot moment la seva confidencialitat.

Obtindrà algun benefici per participar?

L'únic benefici buscat és aconseguir un millor tracte per part dels professionals sanitaris cap als residents de la residència geriàtrica on viu.

Rebrà la informació que s'obtingui de l'estudi?

Si vostè ho desitja, l'investigador principal li indicarà en quin lloc s'ha publicat l'estudi d'investigació.

Com es protegirà la confidencialitat de les meves dades?

El tractament, comunicació i cessió de les seves dades es farà conforme al disposat per la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. en tot moment, vostè podrà accedir a les seves dades, corregir-les o cancel·lar-les.

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

Annex 6. Full d'informació als professionals sanitaris

Títol de l'estudi: El camí cap a la excel·lència en cures de geriatria: una proposta d'intervenció per reduir el maltractament a les institucions residencials.

Investigador: Janette Sangrà Medina. Estudiant del Grau d'Infermeria. Facultat d'infermeria i fisioteràpia de la Universitat de Lleida.

Aquest document té com objectiu oferir informació sobre un estudi d'investigació en el que se li invita a participar.

Si decideix participar, ha de rebre informació personalitzada de l'investigador, llegir abans aquest document i fer totes les preguntes que precisi per comprendre els detalls sobre el mateix. Si així ho desitja, pot dur el document, consultar-ho amb altres persones, i prendre el temps necessari per decidir la seva participació.

La participació en aquest estudi és completament voluntària. Vostè pot decidir no participar o, si accepta fer-ho, canviar d'opinió retirant el consentiment en qualsevol moment sense obligació de donar explicacions.

Quin és el propòsit de l'estudi?

El propòsit de l'estudi consisteix en disminuir el maltractament institucional que pateixen els usuaris de les residències geriàtriques en qualsevol de les seves variants mitjançant un programa d'intervenció amb l'objectiu de formar i conscienciar sobre el problema potencial.

Per què m'ofereixen participar a mi?

La selecció de les persones invitades a participar depèn d'uns criteris que estan descrits al treball. Aquests criteris serveixen per seleccionar a la població en la que es respondrà l'interrogant de la investigació. Vostè es invitat a participar perquè compleix aquest criteris.

S'espera que participin la majoria dels professionals sanitaris que treballin en una residència geriàtrica.

En què consisteix la meva participació?

Si decideix participar a l'estudi, haurà de complimentar el qüestionari Índex de sospita de maltractament cap a les persones grans o Elder Abuse Suspicion Index (EASI). És un instrument desenvolupat i validat per un equip d'investigació de la Universitat McGill que

consisteix en sis preguntes breus i directes (cinc preguntes per la persona gran i una pel professional) amb una durada de dos minuts de mitja. Per a que no pugui ser identificat/da, se li assignarà un codi alfanumèric que determinarà l'investigador principal.

Quins riscos o inconvenients té?

La seva participació no té cap risc. La documentació obtinguda serà tractada seguint les normes ètiques i legals vigents, assegurant en tot moment la seva confidencialitat.

Obtindrà algun benefici per participar?

L'únic benefici buscat és obtenir formació professional específica i conscienciació del problema detectat amb la idea de millorar les condicions laborals i personals en un futur pròxim.

Rebré la informació que s'obtingui de l'estudi?

Si vostè ho desitja, l'investigador principal li indicarà en quin lloc s'ha publicat l'estudi d'investigació.

Com es protegirà la confidencialitat de les meves dades?

El tractament, comunicació i cessió de les seves dades es farà conforme al disposat per la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. en tot moment, vostè podrà accedir a les seves dades, corregir-les o cancel·lar-les.

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

Annex 7. Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: El camí cap a la excel·lència en cures de geriatria: una proposta d'intervenció per reduir el maltractament a les institucions residencials.

Jo, _____, he llegit el full d'informació que se m'ha lliurat, he pogut fer preguntes sobre l'estudi, he rebut suficient informació sobre l'estudi i he parlat amb l'investigador: _____.

Entenc que la meva participació és voluntària i que puc retirar-se de l'estudi quan vulgui i sense haver de donar explicacions.

De conformitat amb el que estableix la L.O. 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004), declaro haver estat informat:

De l'existència d'un fitxer o tractaments de dades de caràcter personal, de la finalitat de la seva recollida i dels destinataris de la informació, de la identitat i adreça del responsable del fitxer de dades. De la disponibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició dirigint-me per escrit al titular del fitxer de dades.

I consento que les dades siguin emmagatzemades en un fitxer autoritzat, la informació del qual podrà ésser utilitzada exclusivament per finalitats científiques.

Dono lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi:

Data: _____ **Signatura del participant:** _____

Data: _____ **Signatura de l'investigador:** _____

Cal continuar avançant per a que les persones grans tinguin el tracte, com qualsevol persona humana es mereix, en el recurs d'una residència geriàtrica, on s'ha de garantir un tracte digne.